FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° 68

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 *novembre* 1906, *à* 1 *heure*

Par **Robert JOUEN**

Interne des Asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure

DE L'APPENDICOCÈLE

D'après les chirurgiens de l'ère Listérienne

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et TERRIER, *professeurs.*
POTOCKI, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1906

36676

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

Témoignage de sincère reconnaissance

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A M. LE Dr LONGUET

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN
INSPIRATEUR DE CETTE THÈSE

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES ASILES
D'ALIÉNÉS DE LA SEINE-INFÉRIEURE

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Cette thèse fait suite ou, pour mieux dire, fait pendant à celle de notre ami le Dr *Fournal* qui traite le même sujet, en se plaçant à un point de vue différent. Tandis, en effet, qu'il envisage la hernie de l'appendice iléo-cœcal d'après des documents empruntés exclusivement aux chirurgiens de l'ère préantiseptique, nous nous proposons, au contraire, de nous baser ici exclusivement sur des matériaux recueillis dans l'École Listérienne. Comme Fournal, nous procéderons avec un esprit purement analytique ; n'ayant point la prétention de juger, ni de critiquer les travaux des disciples du professeur d'Édimbourg, sauf pour leur rendre hommage. Mais notre but est surtout d'établir, en bloc, la participation apportée, le progrès accompli dans le cas particulier grâce à la doctrine germicide et à sa conséquence thérapeutique, l'antisepsie. Si, chemin faisant, les documents sont rappelés ici, c'est afin de servir de points de comparaison, et de mieux mettre en lumière

les notions progressivement dégagées par les Listériens au cours de ces cinquante dernières années.

Traité dans cet ordre d'idées, notre sujet marquera, nous l'espérons, une note, un caractère historique bien tranché. D'ailleurs, les observations, les articles que nous relatons sont nombreux. Grâce aux renseignements qui nous ont été fournis par M. le professeur Longuet ils s'élèvent à plus de deux cents cas, dont nous avons pu nous procurer le compte rendu au moins sommaire. C'est très suffisant pour tracer une étude d'ensemble, d'autant plus légitime que nos auteurs classiques accordent une mention bien écourtée à ce petit coin de la pathologie chirurgicale. Par un autre côté, notre sujet se rattache à la question, toujours si neuve et si discutée, de l'appendicite. Voilà pourquoi il mérite de devenir l'objet d'une étude un peu approfondie.

Afin de mettre un peu d'ordre dans cet exposé, nous suivrons les Listériens successivement sur tous les terrains, étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique, clinique, et surtout thérapeutique. Puis nous donnerons un relevé sommaire des observations servant de base à notre rédaction. Viennent ensuite nos conclusions résumant strictement les données des travaux listériens. Enfin l'index bibliographique, lui-même, a été dressé avec exactitude, et contribue, malgré les irrégularités qui s'y sont sans doute glissées, à redresser de nombreuses erreurs répandues partout dans la littérature.

HISTORIQUE

Le premier cas d'appendicocèle *inguinal* observé, traité par réduction sanglante et guéri sans suppuration appartient à *Javancelli*, un prélistérien, puisque cette observation italienne date de 1836. *Puchets* un prélistérien, lui aussi, publiait en Allemagne, la même année 1836, le premier exemple d'appendicocèle *crural*, suivi d'un succès opératoire non moins éclatant. C'est beaucoup plus tard, en 1881, que *Trèves*, en Angleterre, apporta la première observation d'appendicocèle *ombilical*, traitée par incision du sac, refoulement du cæcum et de l'appendice herniés dans la cavité cælomique, suture de l'anneau, guérison. La ligne de conduite des Listériens fut nettement tracée dès le principe. Pour la hernie *vermiale* sans accident, ils préconisèrent la réduction manuelle non-opératoire avec contention par *bandage*. Pour la même hernie irréductible ou chroniquement enflammée, la *réduction sanglante* avec cure radicale du sac herniaire, fut considérée comme la « méthode de choix ». Enfin l'*appendicectomie* reste comme trai-

tement « de nécessité », quand l'organe fut découvert, très malade, sphacélique, impropre à la conservation, ou même simplement suspect. Le premier travail d'ensemble, fondé sur des documents exclusivement listériens, est celui de *A. Briéger*, paru en Allemagne en 1893. On y trouve 22 observations d'appendicocèle pur, avec en plus 2 observations personnelles provenant de la clinique de Breslau. Ce mémoire a été depuis reproduit partout et accepté dans toutes ses principales lignes. Le deuxième travail d'ensemble est celui de *Longuet* L. en cours actuel de publication, et portant sur plus de 200 cas, la plupart rapportés ici en résumé sommaire, parmi lesquels cas nous comptons : 120 hernies appendiculaires pures. Mais malgré ce chiffre imposant de documents, nous n'arrivons à modifier que dans les détails les points principaux établis il y a seize ans par Briéger.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Pour apprécier la fréquence de l'affection qui nous occupe, il faut se bien garder d'emprunter les renseignements provenant d'un seul chirurgien. Le hasard est pour beaucoup, dans les opinions qui se sont fait cours à ce sujet; ainsi, malgré sa très grande pratique en herniologie, L. Championnière, un listérien des plus distingués, déclarait, en 1892, n'avoir jamais rencontré la hernie du vermium. D'autres chirurgiens, au contraire, de la même École antiseptique, comme Broca par exemple, en a observé plus de vingt exemples en quelques années. D'autres encore, comme M. Guinard, en ont opéré quatre ou cinq cas. De notre relevé collectif, il ressort nettement que l'appendicocèle n'est pas d'une « exceptionnelle rareté » comme l'ont proclamé les Morgagniens qui, malgré leur possiblité d'examiner les cadavres en grand nombre, ne possèdent à leur actif que quatre vingt cas environ de prolapsus vermiculaire. Que les Listériens n'hésitent donc pas à conclure à une fréquence rare sans doute, mais loin d'être

exceptionnelle. Déjà Briéger a établi sur cette première donnée, ce que nous ne faisons que confirmer après lui.

Variété. — D'après notre relevé, l'appendicocèle inguinal arrive en première ligne, l'appendicocèle crural en deuxième ligne, l'appendicocèle ombilical en troisième ligne. Ici encore une petite différence à relever en comparaison des travaux morgagniens qui mentionnent la variété ombilicale au même plan que l'ischiatique et la diaphragmatique, chacune des trois n'étant représentée que par une unité. Ici la chose se précise. La variété ombilicale intervient nettement en troisième ligne. Ajoutons qu'elle n'a jamais été constatée à l'état pur, c'est une hernie cæco-appendiculaire, avec souvent en plus, du grêle et de l'épiploon. Enfin les Listériens ne consignent aucun exemple de la variété ischiatique ou diaphragmatique.

Côté. — Rien de nouveau à propos du côté : nous savions que le côté *droit* est le siège d'élection, le *gauche* le côté d'exception. On peut préciser davantage, ainsi dans notre relevé sur 154 cas avec mention du côté, 140 fois l'affection fut observée à droite et 14 fois à gauche ; ce qui ferait pour cette dernière, environ 10 pour 100 (nos 11, 33, 36, 40,42, 49, 67, 78, 103, 104, 117, 121, 139, 192.)

Au point de vue du *sexe*, la prédominance en faveur des hommes est également un fait déjà établi par les Morgagniens. Elle se chiffre dans notre relevé par 91 cas chez l'homme, 56 chez la femme, sur 147 cas définis à cet égard. Ce qui fait un tiers d'hommes en plus que de femmes.

L'âge nous donne deux zones de fréquence maxima : d'une part les dix premières années, d'autre part la période de 50 à 60 ans. Seulement chez ces derniers l'affection datait de nombreuses années en général, en sorte qu'il ne convient pas de prendre ces chiffres à la lettre.

PATHOGENIE

Congénitalité. — Cette notion déjà établie par le Morgagnien Sandifort s'est confirmée, renforcée en passant chez les Listériens. Ainsi Honsell (1) déclare que tous les appendicocèles sont congénitaux. Pour notre part, nous n'aboutissons qu'à un relevé de 28 cas où la congénitalité est signalée ou, du moins, très vraisemblable ; à remarquer que parmi ces 28 cas, il y avait cinq fois ectopie testiculaire. Enfin dans 1 cas seulement, il est dit que la hernie était acquise (n° 81). Mais dans nombre d'observations, ce point pathogénique n'a pas été spécifié par l'opérateur.

Adhérence congénitale du testicule. — La classique explication causale du *testitule remorqueur* a trouvé auprès des Listériens une faveur considérable. Pas d'article un peu documenté qui n'accuse avec insistance cette fâcheuse disposition. Cependant, nous arrivons

1. *Honsell*, cité par *Schœne*. Voir notre index bibliographique.

difficilement à un cas (n° 10), qui répond peut-être à cette fameuse anomalie. Lorsque le testicule accompagnait l'appendice dans la hernie, comme dans l'observation 102 ; ou lorsque l'appendice était escorté de la trompe et de l'ovaire comme dans l'observation 34, il n'y avait précisément pas d'adhérences. Et dans aucune des opérations où il y avait ectopie, nous ne trouvons rapportée quelque adhérence appendiculo-glandulaire de ce genre.

Longueur anormale du vermium. — Voici maintenant trois explications nouvelles, issues des Listériens ; commençons par la *longueur excessive* de l'organe. Elle aurait une importance pathogénique de premier ordre.

Le vermium se hernie, disent-ils, parce qu'il est trop long. Or, cette excessive longueur est mentionnée seulement onze fois sur 200 cas. Encore n'était-elle réellement appréciable que dans 4 cas, dont 2 de 15 centimètres (v. 74 et 156), 1 de 16 centimètres (n° 162) et 1 de 20 centimètres (n° 73). De plus Longuet nous a fait remarquer que ces appendices qualifiés de géant, avaient été maniés, étirés avec des pinces à forcipressure ; qu'ils étaient dépourvus de leur séreuse, et rendus friables par une inflammation chronique. Aussi, sans nier la possibilité de ce facteur pathogénique, Longuet pense qu'il a été singulièrement exagéré, et que cette cause n'est acceptable que dans un nombre de cas infiniment restreint.

Situation congénitale basse du cæcum. — La *situation congénitale basse du cæcum* serait non moins importante. Il est clair que si le processus d'adhésion

pariéto-colique droit descend plus que de coutume, l'appendice comme le cæcum se trouve de ce fait plus rapproché des anneaux herniaires droits. Toutefois, suivant la remarque de Longuet, cette disposition a aussi comme conséquence une fixité de l'appareil cæco-appendiculaire plus grande que normalement, et, par suite, la prédisposition aux hernies de ces organes est moindre que dans l'état de mobilité habituelle qu'on peut qualifier de flottante. Enfin il est difficile de préciser si cette descente typhlitique est congénitale, primitive ou, au contraire, acquise, consécutive. Nous la croyons plus souvent consécutive au glissement du cæcum. D'ailleurs les renseignements à ce point de vue manquent dans les observations. Et, par contre dans l'observation 157, où l'on dut pratiquer une hernio-laparotomie, le cæcum fut remarqué, haut placé, dans la fosse iliaque droite. Seul l'appendice s'étirait vers, puis dans la tumeur herniaire, rectiligne et tendu.

Arrêt de migration du cæcum dans la fosse iliaque gauche. — *L'arrêt de migration du cæcum* est encore une explication qui a été invoquée pour rendre compte de la possibilité d'appendicocèle à gauche. On sait, en effet, que le cæcum apparaît à l'origine sur la ligne médiane, le long de la branche ascendante de l'anse intestinale dite ombilicale. De là il se porte vers la fosse iliaque gauche ; puis obliquement sous le foie; enfin, du foie il descend dans la fosse iliaque droite. Supposons-le arrêté au stade illiaque gauche, et sa hernie comme celle de l'appendice se fera tout naturellement par les anneaux gauches les plus voisins. Cette

explication nous satisfait pour les cas de hernies appendiculo-cæcales gauches sans sac. Mais elles sont la rarissime exception. Elles sont le plus souvent pourvues d'un sac, et le cæcum y est très mobile. Dès lors la théorie de la fixité congénitale gauche avec glissement secondaire devient, bien qu'ingénieuse, très hypothétique.

Concluons donc que toutes les causes mises en avant par les Listériens sont peut être valables pour un petit nombre de cas particuliers, mais aucune d'elles ne saurait être généralisée (1). Il reste sur ce point de très nombreuses obscurités.

1. Comme cause, Longuet fait intervenir le *relâchement primitif ou consécutif, congénital ou acquis de tout l'appareil de fixité cæco appendiculaire.* Dans ses laparotonies pour constipation, il a pu se rendre compte de visu, qu'en cas de cæcum disloqué et flottant, l'appendice peut être sans la moindre difficulté attiré vers les anneaux droits ou gauches. Toutefois il ne généralise pas cette cause pour tous les cas invariablement

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Disposition extrasacculaire. — Sur ce premier point, les Listériens ont accepté avec empressement la notion de disposition extrasacculaire de l'appendice qui leur avait été léguée par leurs prédécesseurs. Elle a même reçu d'eux une série de consécrations qui la mirent plus en lumière encore. Chose curieuse, la rénovation des données relatives au cæcum, lui aussi, considéré autrefois comme extrasaccaculaire, puis reconnu vers 1888 complètement péritonisé avec hernies sacculaires vraies comme conséquence de cette disposition, cette révolution anatomique, dis-je, n'a pas eu son écho au sujet de l'appendice, petit organe qui, à cette époque, n'avait pas encore concentré sur lui toute l'attention. On continua donc à considérer ces hernies comme consécutives à un glissement sous-séreux. Plusieurs mémoires parurent coup sur coup, ceux de Follet, de Stecchi, de Bérard insistant sur cette grande particularité qu'en règle générale, le vermium hernié est

dépourvu de sac : il est totalement et partiellement extrasacculaire. D'ailleurs, reprenant à ce propos sa longue série de recherches nécropsiques, un Listérien, M. Tuffier, est arrivé à cette conclusion que l'appendice peut parfaitement rester originairement collé sur le péritoine pariétal (1). Voilà donc, toute trouvée, l'explication de l'appendice extrasacculaire. D'ailleurs cette manière d'être existe incontestablement. Elle a été expressément consignée par les auteurs précités. Si nous réunissons les cas d'appendices herniés complètement privés de sac, avec ceux de sac incomplet, ou partiel ; ou enfin, avec ceux d'inclusion totale du vermium dans la paroi sacculaire, nous relevons en tout 18 observations qui peuvent prendre place dans cette catégorie. (Cas complètement privés de sac : n^{os} 2, 3, 4, 8, 40, 77, 81, 86, 132, 169, 171. Cas d'appendice incrusté en partie ou en totalité dans la paroi du sac n^{os} 17, 99, 100, 105, 171, 186. Appendice pourvu d'un sac incomplet, n^{o} 160). Or, c'est trop peu, fait remarquer Longuet, pour constituer la règle. Admettons en outre les cas où le sac avait disparu par suite d'adhérences inflammatoires symphysiennes post-appendicitiques. Alors il s'agit d'une disposition consécutive et non originelle. Mais, même en faisant entrer toutes ces observations en ligne de compte, il n'en reste pas moins plus de la moitié des cas où le sac était en réalité absolument complet. Aussi pour Longuet, c'est la disposition saccu-

1. Tuffier, Travail de la *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898-1899.

laire qui est la règle, l'extrasacculaire l'exception, exception d'ailleurs assez fréquente, soit dans à peu près un tiers des faits. Bien plus, il peut y avoir jusqu'à deux sacs communiquant, l'un par exemple pour l'appendice, l'autre en avant de lui, pour l'épiploon ou une anse intestinale. Exemple : les observations 23, 74, 76, véritable disposition polysacculaire.

Quand il est incisé en dehors de toute crise, le sac est d'habitude sec ; mais à la moindre complication, il se remplit constamment de liquide séreux, clair ou trouble, ou hémorragique, ou purulent, sphacélique, fécaloïde, dont les opérateurs ont cherché à faire la désinfection extemporanée à l'aide de solutions antiseptiques.

Appendicite herniaire. — Si jusqu'ici les Listériens ont accueilli, sans presque les modifier, les notions qu'ils avaient reçues de leurs prédécesseurs au sujet de l'appendicocèle, ils ont, par contre, singulièrement élucidé la question de l'anatomie pathologique de l'appendice hernié. Or, règle générale, il est pour eux très altéré. Le fait d'être hernié, ectopié est, pour le vermium un arrêt quasi-inéluctable de déchéance. Ces lésions sont bien banales, ce sont des hernies d'appendicite habituelle, sous toutes ses formes, aiguë, subaiguë, chronique ou même fistulisée après refroidissement.

Au stade initial de l'*Appendicite herniaire*, on a trouvé l'organe turgide, congestionné, de couleur rouge-sombre, ou violacée, ou lie de vin, ou noirâtre, ecchymotique, avec stries ou marbrures, avec fausses membranes glutineuses, à sa surface, ou gangue inflamma-

toire et épiploïte enveloppante, avec même adénite, précæcale (n° 107).

La musculeuse est épaissie, infiltrée, friable, se détruisant sous la pression des pinces à forcipressure. En dedans d'elle, la muqueuse est enflammée, boursouflée, tomenteuse, desquamée par places ou même ulcérée. Enfin, la lumière, parfois interrompue par une oblitération complète, mais généralement incomplète et perméable au stylet, transformée ou non en cavité close, contient du mucus, (n° 157) du liquide chocolat (n° 156); du pus ou une sécrétion puriforme (n°s 87, 94, 116, 161, 190), voire même du sang (n° 164), le tout mélangé à des matières fécales, liquides, ou à du méconium, ou a des boulettes stercorales. A titre fortuit, on y trouve un corps étranger venu du dehors, par le tube digestif, épingle, fragment de bois, arête de poisson, soit en pleine cavité appendiculaire, soit en voie de migrations transpariétales, voire même extrapariétale, au milieu d'un abcès. D'ailleurs ces migrations s'observent aussi pour les coprolithes. Au stade refroidi, les lésions sont celles de l'appendicite chronique plastique avec ou sans adhérences solides de l'organe aux tissus environnants, et même fistules persistantes uniques ou multiples en communication avec l'extérieur. L'altération la plus commune, est l'appendicite gangréneuse avec ou sans perforation dans la hernie, et phlegmon périherniaire. Et l'examen histologique confirme ces lésions de desquamation épithéliale, de folliculite aiguë, ou suppurée, ou nécrosante, ou dermique et hémorragique.

Modifications morphologiques. — Pareilles inflammations ne vont pas sans augmenter notablement le volume de l'organe. Le vermium peut rester *cylindrique* bien que gros. Souvent il est renflé, bosselé en son milieu, renflement *ampullaire* qui le fait ressembler dès l'abord à une anse grêle étranglée, surtout s'il est disposé en anse. Ou, enfin, il est dilaté au niveau de la pointe, en *battant de cloche,* ou en massue. Ces modifications sont parfois en relation avec la direction. Sans doute le vermium descend en général tout droit dans la hernie, mais il peut rebrousser chemin par un trajet récurrent, pointe en haut jusque dans l'abdomen ; ou encore il se coude dans la hernie, s'y tord, en un, deux, trois tours, suivant un grand axe. Enfin il s'engage parfois dans le sac par le flanc, au milieu de sa longueur, en *anse* dont les deux extrémités restent dans la cavité abdominale tandis que le milieu se prolabe seul comme une anse intestinale, disposition ansiforme très intéressante sur laquelle Maydl a attiré spécialement l'attention.

Appendice seul ou escorté. — En général l'appendice descend le premier, pointe première. Puis plus tard pointe et corps, puis tête, corps, et racine, avec le méso qui fait, lui aussi, peu à peu partie de la paroi sacculaire postérieure, en forme d'adhérence charnue naturelle, cause d'irréductibilité. Vient ensuite le fond, puis le corps du cæcum avec un sac un peu spacieux. L'épiploon ne manque pas d'arriver pour boucher les vides, quand ce n'est pas une anse grêle, la fin de l'iléon, par exemple. On a même vu les organes génitaux internes chez la femme, la trompe et l'ovaire.

En somme, l'appendicocèle pur reste la règle, du moins pendant longtemps. Et il est curieux qu'il ait relativement peu intéressé les Listériens dont l'attention fut presque exclusivement portée sur les hernies du cæcum lui-même, pourtant moins fréquentes, semble-t-il, que les appendiculaires ou les cæco-appendiculaires.

Enfin une dernière impression très généralement courante, c'est que l'appendice hernié est constamment et grandement altéré. Cas d'appendicocèle sans quelque appendicite patente ou latente. D'ailleurs nous relevons à peine vingt-six cas où l'organe est mentionné comme sain. Pourtant, au début, le vermium est sain, d'après Longuet, et, contrairement aux déclarations des Listériens, c'est ce qu'il a vérifié dans ses cas personnels.

Cette divergence de vues s'explique en ce que ce chirurgien opère préventivement avant toute complication, tandis que les Listériens attendent une complication quelconque pour légitimer l'intervention sanglante, ainsi une irréductibilité, une fistule, une poussée d'étranglement, etc.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les travaux listériens ont laissé la clinique au point où elle était après les Morgagniens. Toutefois, l'étude des complications s'est beaucoup précisée en ces temps derniers, et, s'ils n'ont même pas effleuré la question de l'appendicocèle simple, normal, ils ont, par contre, nettement décrit l'appendicocèle compliqué sous le nom d'appendicite herniaire.

Appendicocèle non compliqué. — L'affection n'a été reconnue dans aucun cas. Elle s'est présentée sous la forme d'une hernie banale, petite, moyenne ou volumineuse. Cependant la notion du volume pourrait peut-être, d'après Longuet, mettre un peu sur la voie. Ainsi il a remarqué que l'appendicocèle pur donne lieu à une tumeur généralement petite, allongée. Dans les cas de grosse hernie, on doit présumer, au contraire, que le sac contient autre chose que le vermium. Si on reconnaît au palper l'absence d'épiploon décelable par une sensation de fines lobulations molles, s'il y a des bruits hydroaériques, avec une réductibilité incomplète, c'est

que le gros intestin est probablement dans la hernie, avec peut être le cæcum et l'appendice, à moins qu'il ne s'agisse de la vessie ; mais la cystocèle, avec les troubles de la miction en deux temps qu'elle détermine, est généralement de volume moins accentué que celui des cœco et colocèles auxquels nous faisons allusion en ce moment.

Dans certaines observations, il est fait mention d'un *cordon* remarqué à l'exploration locale ; ainsi dans le cas 27, on sentait nettement le cæcum et une sorte de cordon ; dans le cas 28, un cordon volumineux situé vers la base du scrotum, et un peu douloureux à la pression ; dans les cas 94 et 105 un cordon pris pour une corde épiploïque ; dans les cas 83 et 93 un cordon considéré comme le canal déférent ; enfin, dans le cas 118 un cordon difficile à réduire qui fut cette fois reconnu pour l'appendice adhérent. Pourtant le *canal déférent* peut souvent être individualisé, à cause de sa consistance spéciale, de sa longueur, de son origine au niveau de l'épididyme. Une *corde épiploïque* est généralement plus grosse et moins régulière. Un *filum terminale* de sac péritonéo-vaginal en voie d'oblitération est moins dur. Une *trompe utérine* se reconnaîtra à ce que les mouvements imprimés à l'utérus retentissent jusque dans la hernie. Ce sont là des points de repère. Nous reconnaissons que l'erreur est bien excusable quand on voit dans le cas 62 que seul l'examen histologique a permis de reconnaître l'appendice jusque-là considéré comme étant la trompe. D'ailleurs l'indication opératoire reste la même dans toutes ces éventualités.

Cependant en cas de trompe, mieux vaudrait, si possible, procéder à sa réduction sanglante si elle est conservable qu'à une excision, alors qu'en cas d'appendice l'excision, pour Longuet, est toujours préférable à la réintégration, même pour un appendice sain.

Appendicocèle enflammé. — Après un stage plus ou moins longtemps silencieux, l'appendicocèle s'enflamme souvent. La hernie devient irréductible, sensible et bientôt douloureuse, chaude, empâtée, tendue. Le pouls monte à 115, 120, mais reste ample ; plein, bien frappé. La température atteint 38°5, 39°, cependant que l'état général reste assez bon, et que les matières et les gaz continuent à passer sans trop d'obstacle. Puis les téguments rougissent, prennent une teinte cuivrée, ou érysipélateuse, avec ou sans plyctènes.

La masse fond, se ramollit, fluctue mal, devient sonore. Tout peut se calmer par refroidissement. Mais l'aboutissant de ce phlegmon appendiculaire est aussi l'ouverture à l'extérieur. La peau crève, des écheveaux de tissu sphacélé s'éliminent au dehors, puis finalement des matières fécales ou fécaloïdes. Alors s'installe une fistule temporaire ou durable, stercorale ou purulente. L'inflammation n'est pas fatalement aussi bruyante que nous l'avons décrite; elle revêt une foule de degrés dans son intensité jusqu'à l'évolution subaiguë, sorte de phlegmon ligneux. Ainsi s'explique l'erreur des opérateurs diagnostiquant une tuberculose génitale de l'épididyme et du cordon, dans le n° 66, une orchi-épididymite avec vaginalite dans le cas 76, un engouement herniaire dans le cas 81, une épiploïte suppurée

dans le cas 188 ; une adénite suppurée dans les cas 85 et 181. Et l'intervention démontra l'existence d'une appendicite herniaire dans tous ces cas ; la présence du vermium n'avait cependant pas été prévue.

Appendicocèle étranglé. — Ici l'affection se manifeste sous deux modalités. Tantôt les symptômes d'étranglement étaient *au grand complet,* arrêt des matières et des gaz, vomissements alimentaires, plus tard stercoraux, facies anxieux, nez pincé, yeux excavés, etc. S'il y a une anse intestinale incarcérée en même temps que le vermium, ce cortège de symptômes s'explique simplement. Il s'agit d'une vulgaire hernie étranglée, avec en plus un vermium enflammé, mais quand l'appendice est seul en cause, il faut, pour expliquer la genèse d'une occlusion intestinale complète, faire intervenir une action réflexe, due au pincement des plexus nerveux de l'organe, puisque le grand tractus intestinal reste perméable.

Tantôt les symptômes d'étranglement *sont incomplets,* frustes, insidieux, modalité clinique aussi fréquente que la précédente. Ainsi l'arrêt des matières et des gaz n'est pas complet ; ou bien les matières ne passent plus mais les gaz passent encore ; les vomissements manquent, ou bien ils ne sont nullement fécaloïdes ; ou bien encore l'état général reste satisfaisant. On a conclu alors à une épiplocèle étranglée (nos 134, 162, 163, 169), à un engouement (n° 98), à un pincement latéral (n° 157).

Pour nous, nombre de pincements latéraux, d'engouements herniaires, d'épiplocèles étranglées siégeant dans les anneaux droits ne sont que des appendicites her-

niaires. Toutefois la modalité étranglement incomplet est une présomption, mais non une certitude d'appendicocèle. Elle ne permet pas de conclure que l'appendice est seul étranglé sans intestin ; car le relevé des observations démontre tantôt l'existence du vermium seul, tantôt celle de l'appendice avec le cæcum, tantôt celle de l'appendice, du cæcum et du grêle. Et, par contre, nous avons vu que la modalité d'étranglement complet ne signifie pas fatalement appendice plus anse grêle. Il n'en reste pas moins qu'en cas de hernie droite avec étranglement fruste on doit penser à l'appendicite herniaire. C'est ainsi que dans le cas 142, on fit le bon diagnostic : hernie probablement étranglée de l'appendice. Remarquons, en terminant, que toutes ces considérations cliniques avaient été exprimées déjà par les Morgagniens, seulement ils ne l'attribuaient pas à l'appendicite mais à l'étranglement du vermium ; et puis leurs documents conservent une certaine obscurité. Aux Listériens revient donc l'honneur d'avoir décrit l'appendicocèle compliqué avec une réelle précision.

Appendicocèle fistulisé. — Il s'agit plutôt ici d'une terminaison de complications. Toutes ces formes aiguës ou chroniques peuvent avoir cet aboutissant. Cliniquement, on observe une ou plusieurs fistules, dans la zone herniaire avec évacuation de pus, ou de matières fécales. Au-dessus de cette solution de continuité, on retrouve un cordon plus ou moins douloureux, plus ou moins bien délimité, distinct des éléments habituels du cordon génital. Dans le cas 159, la malade raconta qu'elle avait vu sortir un pépin par la plaie. Et ce commémoratif

de haute importance a permis de conclure à l'origine intestinale de la fistule, un pas de plus, et ce diagnostic exact d'appendicocèle fistulisé, eût été porté. En l'absence de ce renseignement les fistules non stercorales avec cordon appendiculaire chroniquement enflammé et diffusé dans les régions voisines, sont généralement prises pour une tuberculose de l'épididyme et du cordon, affection si fréquente. L'examen bactériologique et les inoculations pourraient peut-être témoigner que la sécrétion n'est pas de nature bacillaire.

Appendicocèle irréductible. — Sous la forme chronique, l'appendicite herniaire revêt souvent la marque d'une hernie irréductible. Mais à y regarder de près, il y a souvent quelques particularités à enregistrer. Ainsi la tumeur offre des alternatives de poussées douloureuses et d'accalmies; elle reste le siège d'une inflammation sourde, atténuée avec exacerbations, suivies chaque fois d'une irréductibilité plus accentuée. Or, ces manifestations signifient que le vermium ectopié est le siège d'une appendicite chronique, d'une folliculite, dont les poussées laissent derrière elles : des adhérences multiples, des épaississements et indurations, avec fixation, induration, épaississement du méso. Dans cette éventualité, on a fait généralement le diagnostic d'épiploïte chronique. La présomption en vérité s'est trouvée vérifiée; quant à l'opération, on trouva au centre d'un magma épiploïque et lui adhérant un appendice chroniquement enflammé. Mais s'il n'y a pas de masse lobulée témoignant l'existence de l'épiploon, les poussées douloureuses herniaires nous paraissent de nature

à évoquer l'idée d'appendicocèle chroniquement enflammé.

Pathogénie des accidents. — Nous touchons ici au point capital par lequel l'École listérienne se différencie complètement de l'École morgagnienne. Tous les accidents de l'appendicocèle tiennent à l'inflammation du diverticule vermial. La notion morgagnienne de genèse des complications par un *étranglement vrai* de l'appendice, avec ou sans engoûment, doit céder entièrement la place à celle d'*appendicite herniaire*. Ce n'est pas d'incarcération qu'il s'agit avec ou sans coprolithe, ou corps étranger exogène, mais purement et simplement d'une infection suraiguë, aiguë, subaiguë, ou chronique de l'appendice, avec toutes ses modalités anatomiques bien connues : forme sphacélique, perforante ou non, forme chronique, forme plastique, etc. Par conséquent la thérapeutique, n'a plus à viser comme temps exclusif ou principal la levée de l'obstacle par un débridement. Règle générale, il faut s'attendre en cas d'intervention à trouver une appendicite, plutôt qu'un appendice. On en arrive à nier l'étranglement, selon le mécanisme ancien.

Et cependant nous avons avec notre maître, l'impression formelle qu'a titre exceptionnel d'ailleurs, l'antique notion d'étranglement est ici absolument exacte. La remarque s'applique à deux ou trois observations où, *de visu*, on trouva un, deux sillons d'étranglement absolument nets, qui disparurent au bout de quelques instants quand l'obstacle fut débridé. Bien plus, ces appendices étranglés ont été deux fois, à notre connais-

sance, réintégrés dans l'abdomen, et la guérison est survenue parfaite, rapide. Tout porte à penser, que s'il se fût agi d'appendicite vraie, les choses n'eussent pas aussi bien tourné.

PRONOSTIC

La longue série des complications qui absorbe à elle seule toute la description, donne à penser que l'affection est sérieuse, et la notion nouvelle d'appendicite introduite dans le cas particulier ne peut que renforcer cette manière de voir. Cependant les Listériens ont apporté avec Schœne une atténuation à ce pronostic un peu sombre. En effet, ce chirurgien allemand a judicieusement fait remarquer qu'ici tout l'incendie se passe et se cantonne hors du ventre, et du péritoine. L'inflammation est dans les meilleures conditions pour rester locale ; la grande séreuse est moins immédiatement menacée. En sorte qu'au demeurant, mieux vaut avoir une appendicite herniaire qu'une appendicite classique iliaque. L'intervention elle-même est d'un pronostic moins aléatoire puisqu'elle circonscrit son action hors de l'abdomen. Et puis l'appendicite herniaire est aussi moins grave qu'une entérocèle étranglée. On connaissait autrefois le pronostic relativement favorable du pincement latéral et de l'épiplocèle enflammée.

C'est avec ces derniers qu'il convient d'établir un rapprochement. Nous ajoutons que nombre de ces prétendus pincements latéraux ou épiploïtes sacculaires ne sont en réalité que de vulgaires appendicites herniaires. Il n'y a donc pas de parallèle à établir ; il s'agit souvent d'une seule et même affection.

Reste une dernière remarque à mettre en évidence. Pour les Listériens appendicocèle égale appendicite fatale, aiguë ou chronique. Pour Longuet, au contraire, cette formule n'est exacte qu'après de longues années d'évolution de la maladie. Au début, au stade d'état, surtout chez les enfants, l'appendice hernié est parfaitement sain, et pour eux la formule pendant longtemps est que appendicocèle-appendice sain. Nous sommes, en effet, frappé, à la lecture des observations de ce fait que les malades portaient en général leur hernie depuis longtemps et qu'elle avait été contusionnée par toute une série de manipulations ou par un bandage.

TRAITEMENT

Appendicocèle non compliqué. — Sur ce premier point les Listériens en restent exactement au même point que leurs devanciers, les Morgagniens. Ici pas d'intervention, elle est inutile, et illégitime. Inutile, car la maladie peut guérir sans le bistouri ; illégitime parce que les indications manquent, pas de douleur, par d'irréductibilité, pas d'étranglement. Attendons, disent-ils, les complications ; elles sont pour nous le signal de l'action. Avant cela, procédons tout simplement par la réduction manuelle, suivie de l'application d'un bandage longtemps et correctement posé. Que vaut cette pratique? Répondons hardiment que là encore nous entrons avec notre maitre, en dissidence avec les Listériens. En effet, nous relevons 27 observations portant mention du bandage. Résulats, 27 insuccès, si bien qu'on dut après des années, en venir à l'opération par laquelle on aurait mieux fait de commencer. Sans doute, dans deux cas de hernies nettement congénitales on obtint, après plusieurs mois, une guérison parfaite, mais une fois le bandage supprimé,

l'affection reparut, récidiva peu à peu, et il fallut opérer. Ajoutons que l'application d'une pelote sur un vermium hernié est pour nous une thérapeutique néfaste, à cause des froissements, des contusions, des menus traumatismes qu'elle détermine sur un organe de structure délicate, à lumière remplie normalement de microorganismes. C'est aller au-devant d'une appendicite chronique, c'est en favoriser l'apparition et l'éclosion. Et il est probable que si les Listériens sont arrivés à cette formule mathématique que appendicocèle égale appendicite aiguë ou chronique, c'est que les cas traités par eux avaient constamment passé par la filière traditionnelle du bandage. C'est pourquoi les appendices enlevés par Longuet étaient sains, eux qui n'avaient subi aucuns des ces modes de contention. Rejetons donc ce traitement au rang des méthodes d'exception.

Appendicocèle avec appendicite légère chronique ou larvée. — Ici les Listériens entrent en conflit avec les Morgagniens. Ils rejettent complètement leur mode de traitement, qui consistait à laisser refroidir, par applications de glace ou de sangsues, ou bien à débrider par une incision kélotomique, l'agent supposé d'étranglement. A cela les antisepsistes substituent une opération d'un ordre bien différent, la réduction sanglante de l'appendice hernié, avec cure radicale concomitante de la hernie.

La RÉDUCTION SANGLANTE est ici la « méthode de choix », car, disent-ils, elle est simple, facile, sans danger, et l'on doit s'efforcer de conserver le vermium chaque fois qu'il est susceptible de conservation. On ne

saurait sacrifier cet organe sans raisons valables et sérieuses. Voilà pourquoi la réduction entre pour une si large place dans nos relevés. Elle a, d'ailleurs, pour défenseurs, des Listériens de marque, comme A. Briéger, en Allemagne, 1893 ; comme A. Broca, en France, 1896 (22 observations personnelles) ; comme Bidwell et Langton, en Angleterre (1), 1897.

La *technique* de cette opération est absolument celle de la *cure radicale herniaire*, c'est-à-dire, germicidation du matériel et des téguments, hémostase par pince à forcipressure, sutures avec du catgut, dissection, ouverture puis résection du sac, et de l'épiploon s'il s'en trouve, fermeture partielle ou totale, sur un ou sur deux plans des anneaux élargis, drainage avec un tube en caoutchouc, ou une mèche germicidée par l'iodoforme, le salol, l'ébullition ou la vaporisation et, autant de points particuliers qui marquent les stigmates et la note des habitudes listériennes. Signalons cependant que dans l'observation 130, on a refoulé l'appendice sans ouvrir le sac.

Le seul temps particulier est dans l'espèce, le refoulement du vermium dans l'abdomen. On mettra ce viscère bien en vue, afin de s'assurer qu'il est relativement peu épaissi, peu altéré, et surtout pas sphacélé. On disséquera les adhérences qui le retiennent en respectant bien entendu le méso nourricier. S'il est un peu haut placé, on le descendra temporairement par une trac-

1. Bidwell. *Clinical Society of London* ; séance du 14 mars 1897 et Langton (même séance).

tion à l'aide d'une pince hémostatique, à pression molle. Puis on rentre tout, sauf l'épiploon qu'on résèque même s'il est sain. La technique est particulièrement compliquée dans les cas où l'irréductibilité tient à la hernie concomitante du cœcum. En pareille éventualité plusieurs opérateurs, ont pratiqué une ponction évacuatrice de cet intestin afin de le désencombrer de ses gaz, voire même de ses produits fécaloïdes. Ainsi l'on se fait de la place. Un point de suture est placé sur la ponction : puis on réduit. Enfin la castration a été réalisée également séance tenante, quand la réduction se présentait comme difficile (nos 9 et 39). Dans le cas 39, on a enlevé par la même occasion la verge cancéreuse et des ganglions inguinaux cancérisés.

Voici les *résultats* de la méthode sur un ensemble de 65 cas, laissant de côté trois observations dont nous ignorons le résultat (nos 42, 45, 138) nous comptons.

46 *guérisons* sans particularités : (nos 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 46, 47, 49, 50, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 194, 198, 199).

3 *guérisons* avec suppuration : (n° 32 infiltration des bourses) ; 37 (suppuration et accidents pulmonaires) ; 125).

2 *guérisons* avec hématome : n° 28 (le testicule reste remonté) ; 29.

2 *guérisons* avec fistule stercorale, post-opératoire : (n° 7, 43),

1 *guérison* avec testicule resté gros : orchite chronique (n° 27).

11 *morts* de péritonite (nos 3, 4, 5, 6, 44 (5 heures après) ; 48 (continuation de la péritonite), 51 (mort le lendemain) 197, ou de septicémie n° 134 : (48 heures après les réductions, une appendicite se déclare, appendicectomie, mort) et 196 (mort deux jours après d'appendicite gangréneuse ou de cause inconnue, probablement de septicémie (n° 195 mort le lendemain) soit au total, 65 opérations avec 11 morts, d'où mortalité de 17 0/0,

Parmi ces morts la plupart semblent dues à ce fait que l'intervention a été trop tardive ; mais deux cas au moins sont à mettre sur le compte de la méthode. En effet dans les deux cas 134 et 196, l'appendice absolument sain macroscopiquement, a donné lieu, dans les quarante-huit heures après la réduction, à une appendicite septique ou gangréneuse à laquelle les malades succombèrent malgré une appendicectomie d'urgence quelques heures après la première intervention (n° 134); ce qui ferait une proportion de 3 0/0 d'appendicites post-opératoires. Voilà pourquoi, à l'encontre des listériens, et conformément à l'opinion de Longuet, nous considérons la méthode « idéale » dite de réduction comme mauvaise.

Appendicocèle avec appendicite évidente (sphacélique, ou purulente, ou chronique, pachy-appendicite). — Ici, l'accord est fait entre tous les Listériens qui renoncent à la pratique morgagnienne, d'abstention pour obtenir le refroidissement, ou d'incision kélotomique pure et simple destinée à lever l'agent supposé de l'étranglement. A cette thérapeutique doit faire place L'APPENDICECTOMIE herniaire, méthode de nécessité

sans doute, mais inévitable dans le cas particulier.

Exécutée et préconisée par Daires Colley, en Amérique, pour la première fois dans l'appendicite herniaire inguinale vers 1896; par Jackle, en Allemagne, pour la première fois dans l'appendicite herniaire crurale en 1888; par Winiwarther, en Belgique, pour la première fois en cas d'appendicite ombilicale en 1900, la méthode tend à gagner sur la réduction sa rivale.

La *technique* listérienne est la même dans son ensemble que dans la méthode de réduction ; sauf que l'appendice est enlevé au lieu d'être refoulé dans l'abdomen. Dans dix cas on réalisa une appendicectomie *partielle*, afin de ne pas tirer sur le viscère incomplètement descendu. Mais on préfère, en règle générale, l'appendicectomie *totale*, quitte à inciser largement les anneaux pour obtenir un libre accès jusqu'au pédicule. Pour cette excision, A. Briéger recommande ce procédé dit « à manchette » de Cabôt qu'il appelle de Mikulicz et la grande majorité des chirurgiens a suivi son conseil, disséquant ainsi une collerette séro-musculaire, puis liant l'appendice à sa base avec le catgut, enfin thermocautérisant le pédicule, et enfouissant le moignon sous la manchette suturée, avec quelques points séro-séreux complémentaires.

Comme autre particularité de technique, les Listériens ont tous réalisé la *désinfection extemporanée* du sac rempli de liquide septique ou la détersion des abcès avec une solution spermicidée par l'acide phénique ou le bichlorure de mercure, ou l'ébullition, ou la vaporisation, employée à titre de lavage.

Comme pour la réduction, il arrive que l'opération entraîne à une exérèse inattendue. Ainsi dans les cas 66, 76, 115, on fit la castration ; dans le cas 170, la résection du cæcum fut suivie de suture, véritable typhlorraphie transversale ; dans le cas 84, en outre de la castration on réséqua tout le cæcum, en terminant par une implantation iléo-colique, dans le cas 191, on supprima un segment d'iléon sphacélé en terminant par une entéroanastomose, enfin dans le cas 200, le diverticule de Meckel, trouvé en même temps que le vermium, fut, comme lui supprimé par diverticulectomie, en deçà d'une ligature au catgut. Mais ce sont là des opérations déjà complexes, auxquelles on aura de moins en moins recours à mesure qu'on agira plus précocement. De toute manière, le drainage est d'une importance capitale ; un drain, une mèche germicidée à l'iodoforme, au salol, à la vapeur d'eau à 120°, sera donc laissée à demeure, plongeant par une de ses extrémités dans le foyer opératoire.

Les *résultats* de l'appendicectomie sont ici les suivants : Sur 112 cas, nous relevons 6 guérisons sans particularités par appendicectomie partielle (nos 74, 96, 141, 153, 186, 190).

3 guérisons avec suppuration par appendicectomie partielle (nos 70, 100, 155.

75 guérisons sans particularité, par appendicectomie totale (nos 55, 56, 59, 61, 62, 65, 68, 70, 71, 77, 78, 80, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 142, 144, 148,

152, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181,

9 guérisons après appendicectomie totale, avec suppuration, nos 64, 67, (réduction seulement quinze jours plus tard et cure radicale dans une deuxième séance), 8, 73, 75, 81, réduction seulement quinze jours après et cure radicale dans une deuxième séance, 83, 87, 98, 128.

1 guérison après appendicectomie totale avec ascension du testicule : (n° 85).

4 guérisons après appendicectomie totale avec fistule stercorale nos 53 (fistule persistant encore un an après l'opération), 60, 36, 79.

1 guérison après appendicectomie totale avec castration (n° 66)).

1 guérison après appendicectomie totale avec résection du fond du cæcum suivie de typhlorraphie transversale : n° 170.

1 guérison après appendicectomie totale avec résection du cæcum suivie d'anastomose iléo-colique et décastration : n° 84.

1 guérison après appendicectomie totale avec résection de l'iléon suivie d'entéro-anastomose : n° 191.

1 guérison après appendicectomie totale avec diverticulectomie : n° 200.

1 mort à la suite d'appendicectomie partielle : n° 146. (Mort de péritonite ou septicémie dix-sept jours après l'opération.)

2 morts après appendicectomie totale avec castra-

tion : n° 76 (congestion pulmonaire), 115 (parotidite et œdème de la glotte).

3 morts de péritonite après appendicectomie totale : n° 52, (point de départ de l'infection au niveau du moignon), 67, 69.

3 morts de septicémie après appendicectomie totale : n°s 82, 143, 145, soit au total 112 opérations, avec 9 morts, soit 8 0/0 environ.

Ces résultats sont en somme un peu meilleurs que ceux de la réduction. Ils seraient bien plus encourageants encore si les Listériens avaient préconisé l'intervention beaucoup plus tôt au premier signal des complications. Et, d'autre part, la technique elle-même eût pu être beaucoup améliorée par la suppression de la forcipressure, du catgut, etc. Ainsi, dans le cas 52, le malade succomba à une péritonite ayant pris naissance au niveau du pédicule ligaturé au catgut (1).

En résumé, la thérapeutique listérienne a réalisé un grand progrès sur celle des Morgagniens. Au lieu de 80 à 90 0/0 de mortalité, la mortalité s'est abaissée aux environs de 10 0/0 C'est le meilleur hommage que nous puissions rendre à l'École listérienne que d'exposer purement et simplement ces résultats comparés à ceux de leurs prédécesseurs.

Est-ce à dire que la chirurgie en restera là, dans l'affection qui nous occupe. Nous ne le pensons nulle-

1. Nous laissons de côté dans notre statistique 13 cas dont nous ignorons les résultats opératoires; ce sont les n°s 54, 58, 101, 112, 129, 130, 147, 149, 150, 151, 182, 183, 193.

ment. A la faveur de la doctrine naissante de la nouvelle école biologique, la question de l'appendicocèle subira une rénovation probablement complète. La pathogénie s'éclaircira, ainsi nous avons déjà signalé le rôle, jusqu'ici méconnu, de la laxité congénitale ou acquise de l'appareil de contention appendiculo-cæcal. L'étiologie s'enrichira de variétés nouvelles, ainsi les appendicocèles internes, dans les fossettes juxtacæcales ou rétrocæcales, L'anatomie pathologique transformera la notion de sac absent en sac de règle, substituera à l'appendicite herniaire l'appendicocèle sain avec toutes ses modalités d'engagement ou de degré. La clinique établira le diagnostic par la perception du cordon appendiculaire attentativement recherché et reconnu. Le pronostic se transformera de malin en bénin par suite d'une thérapeutique plus précoce et plus hardie. Le traitement des Listériens disparaîtra intégralement pour faire place à l'appendicectomie préventive alors que l'organe est encore sain. Telles sont les vues nouvelles dans lesquelles la question est déjà engagée à l'heure présente, sous l'initiative de notre maître Longuet ; rénovation complète d'où sortira, espérons-le, la formule la plus satisfaisante, idéale celle-là, la guérison constante des malades porteurs de cette infirmité. Mais nous ne pouvons qu'indiquer ces aperçus nouveaux, déjà solutionnés pour la plupart, et présentés ailleurs (1).

1. *Nota* : Lire la thèse de notre ami le Dr Touzé, de l'appendicectomie préventive. Paris 1906, et un article de cet auteur dans le *Progrès médical*, avril 1906.

Ils méritent une description nouvelle, une thèse spéciale, à côté de celle de Fournal, consacrée aux travaux morgagniens, et de la nôtre, relative à des documents listériens. Ainsi nous verrons l'évolution de la question, au travers des trois écoles préantiseptique, antiseptique et biologique ; on pourrait dire des deux écoles, puisque les Listériens se rallient volontairement aux chirurgiens d'avant Lister, dont ils acceptent la technique, les méthodes, les habitudes seulement modifiées, adaptées, pour la circonstance.

ÉPOQUE LISTÉRIENNE

(XIXe *siècle; deuxième moitié.*)

§ : **Appendicocèle inguinal.** — CAS TRAITÉS PAR RÉDUCTION SANGLANTE DE L'APPENDICE ET CURE RADICALE HERNIAIRE.

Obs. 1. — JAVANCELLI, 1836.

Femme âgée de 68 ans, appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — L'appendice est seul, quadruple de l'état normal. A sa racine il y a un sillon circulaire d'étranglement contenu dans le sac. Dans le sac, on trouve du liquide séreux.

Symptômes. — La hernie date de plusieurs années : la malade porte un bandage. Depuis deux jours sont apparus des symptômes d'étranglement incomplet : météorisme et constipation, ni nausées, ni vomissements.

Étranglement incomplet.

Diagnostic : *Traitement.* — Abstention, bains, saignées, taxis, puis réduction sanglante au quatrième jour.

Résultat. — Guérison par première intention.

Obs. 2. — S. VECCHI, 1900.

Enfant de 12 ans. Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité probable.

Anatomie pathologique. — Il y a absence complète de sac. La hernie existe depuis l'âge de 2 ans.

Traitement. — Réduction sanglante, fermeture de l'anneau.

Résultat. — Guérison.

Obs. 3. — Laborde, 1862.

Hernie de l'appendice et du cæcum, tous deux situés en dehors du sac. Pas d'étranglement.

Traitement. — Réduction sanglante de tout le contenu herniaire. Mort.

Obs. 4. — Follet, 1872.

Homme de 30 ans. Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Il y a hernie de l'appendice, du cœcum, plus de quelques centimètres de la fin de l'iléon. Absence de sac. On trouve seulement, en avant et en haut, un feuillet péritonéal entraîné par glissement par les organes. Ces organes sont en rapport en arrière avec le tissu cellulaire, et en les soulevant on aperçoit le cordon.

Symptômes. — La hernie, volumineuse, date de plusieurs années. Un premier étranglement fut guéri par le taxis. On se trouve en présence d'un nouvel étranglement.

Diagnostic. — Étranglement herniaire.

Traitement. — Abstention : 1° taxis sans résultat sous le chloroforme, même après trois ponctions ; 2° réduction sanglante après débridement. La rentrée des organes herniés est difficile. Mort par péritonite et suppuration de la plaie.

Obs. 5. — X (cas rapporté par Cappa), 1875.

Homme de 51 ans. Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Le sac herniaire contient l'appendice, le cæcum et une anse de l'intestin grêle.

Diagnostic. — Étranglement insidieux.

Traitement. — Réduction sanglante, difficile, au huitième jour. Mort par péritonite.

Obs. 6. — Labbé, 1890.

Homme de 34 ans. *Appendicocèle inguinal droit.*

Pathogénie. — Sac vagino-péritonéal probablement congénital.

Anatomie pathologique.— Il y a hernie de l'appendice, du cæcum, de la fin de l'iléon, de l'épiploon. Ces organes paraissent sains, cependant l'appendice est volumineux.

Le sac contient une sérosité inodore, il est vagino-péritonéal ; le testicule y est inclus.

Symptômes. — La hernie est volumineuse, et date de longtemps.

Depuis quelques jours, le malade présente des signes d'étranglement herniaire incomplet : Arrêt des matières et des gaz, mais ni douleur ni tension.

Traitement. — Réduction sanglante. Ponction du cæcum pour la faciliter. Difficultés. Évacuation d'un litre de liquide fécaloïde.

Cure radicale. — Drainage. Pansement de Lister ; c'est le méso-cæcum qui faisait obstacle à la réduction. Mort de péritonite.

Obs. 7. — Broca A (cas n° 1), 1890.

Homme de 15 ans. *Appendicocèle inguinal droit. Congénitalité.*

Anatomie pathologique. — Appendice et intestin grêle en avant de lui. L'appendice adhère à la paroi postérieure du sac, il paraît sain. Le sac est complet.

Symptômes. — La hernie date de la naissance et a toujours été maintenue par un bandage ; elle a augmenté depuis trois ans.

Opération. — Réduction sanglante.

Résection du sac. Cure radicale. Drainage.

Guérison après trajet fistuleux et suppuration.

Obs. 8. — Le Dentu, 1890 (cas n° 1).

Homme de 32 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité. — Le testicule est descendu dans le bassin depuis seulement cinq ans.

Anatomie pathologique. — Le sac est incomplet, il contient l'appendice et une partie du cæcum. Le cæcum est en avant incomplètement recouvert du péritoine.

La vaginale contient un peu de liquide.

Symptômes. — La hernie, qui est ancienne, est étranglée depuis vingt-quatre heures. Elle est volumineuse, de la grosseur du poing, elle est tendue, à pédicule allongé.

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — Réduction sanglante. Cure radicale. Guérison.

Obs. 9. — Le Dentu, 1890 (cas n° 2).

Enfant de 4 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'extrémité de l'appendice en apparence sain.

Sac complet.

Symptômes. — Hernie étranglée depuis trois jours.

Arrêt des matières et des gaz, vomissements bilieux. La hernie est douloureuse et adhérente. Il y a du météorisme.

Diagnostic : hernie étranglée.

Opération. — Réduction sanglante et castraction.

Ablation d'un hématome enkysté.

Ligature au ras de l'appendice.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 10. — Lyot, 1892.

Appendicocèle inguinal gauche.

Anatomie pathologique. — L'appendice, qui est adhérent au testicule, paraît sain.

Sac complet.

Opération. — Réduction sanglante après libération.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 11. — Broca, 1893 (cas n° 2).

Enfant de 4 ans.

Appendicocèle inguinal gauche.

Pathogénie. — Congénitalité. Le testicule est ectopié à la racine de la bourse.

Anatomie pathologique. — L'appendice paraît sain, situé au-dessus d'une hydrocèle biloculaire qui adhère au fond du sac.

Le sac est complet.

Symptômes. — Hernie depuis l'âge de 15 mois ; elle a été guérie par un bandage, puis elle a récidivé.

Opération. — Réduction sanglante après libération.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 12. — Broca A., 1893 (cas n° 3).

Enfant de 7 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice, du cæcum et de l'intestin grêle. Le méso-côlon glisse dans le canal inguinal, mais reste au-dessus de l'anneau externe.

Sac complet.

Symptômes. — La hernie date de cinq ans, elle a été maintenue par un bandage pendant six mois. Depuis trois jours, étranglement incomplet. La hernie a augmenté brusquement de volume et a la grosseur d'une orange.

Vomissements ; absence de selles. Réductibilité partielle. Cessation des symptômes après réduction par le taxis.

Diagnostic : Hernie étranglée.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 13. — Broca A. (cas n° 4).

Enfant de 3 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité vagino-testiculaire.

Anatomie pathologique. — Appendice pointant au-dessus du collet.

Sac complet.

Symptômes. — La hernie est remarquée depuis l'âge de 1 an 1/2, elle devient volumineuse malgré l'application d'un bandage. (Hernie chez le père.)

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 14. — Broca A. (cas n° 5), 1894.

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice et une anse d'intestin grêle étranglée par une bride, au-dessous de l'anneau externe. Petit méso appendiculaire. L'appendice lui-même n'est pas étranglé et paraît sain.

Le sac contient un peu de liquide.

Symptômes. — Hernie depuis l'âge de 3 mois. Pas de bandage. Depuis trois jours elle a augmenté de volume ; constipation, vomissements, Hernie volumineuse, irréductible, douloureuse, très dure, en bissac. Météorisme.

(Deux hernies chez le père ; une hernie chez le grand-père.)

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — Réduction sanglante ; débridement, et cure radicale.

Guérison.

Obs. 15. — Broca A., 1894 (cas n° 6).

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire, phimosis et hernie ombilicale.

Anatomie pathologique. — L'appendice paraît sain ; on aperçoit un peu le cæcum. Ils sont tous deux fixés à la paroi postérieure du sac.

Le sac est très spacieux.

Symptômes. — La hernie est très volumineuse et s'accroît progressivement.

(Hernie chez un frère.)

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 16. — Broca A., 1895 (cas n° 7).

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire.

Anatomie pathologique. — L'appendice, situé en haut, paraît sain.

Sac complet.

Symptômes. — La hernie a été reconnue à l'âge de 6 semaines ; elle a le volume d'une noisette. Augmente de volume malgré le bandage, mais elle est réductible.

(Hernie chez le grand-père et la grand'mère.)

Opération. — Réduction sanglante, dissection du sac. Cure radicale.

Guérison.

Obs. 17. — Broca A., 1895 (cas n° 8).

Enfant de 10 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité et pointe de hernie à gauche.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice qui paraît sain, et du cæcum.

Sac incomplet.

Symptômes. — La hernie date de la naissance, elle est facilement réductible, mais toujours douloureuse. L'enfant porte un bandage. La hernie est volumineuse et descend jusqu'au testicule, qui en est cependant indépendant.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale. Guérison. Suppuration légère.

Obs. 18. — Broca A., 1895 (cas n° 9).

Enfant de 2 ans 1/2.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité. Pointe de hernie à gauche.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice et du cæcum. Le cæcum adhère à la face postérieure du sac. L'appendice est sain, mais ne flotte pas librement.

Sac complet.

Symptômes. — La hernie fut remarquée à l'âge de 3 jours, à la suite de cris. Le bandage est mal toléré. La hernie a le volume d'une mandarine, est irréductible.

Opération. — Réduction sanglante par bascule en dedans, fermeture de l'anneau. Cure radicale.

Guérison.

Obs. 19. — Broca A., 1895 (cas n 10).

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice, du cæcum sans méso, et 20 centimètres d'intestin grêle.

Sac complet.

Symptômes. — Hernie remarquée à la naissance. Elle est irréductible depuis deux jours.

Arrêt complet des matières et des gaz.

Vomissements verdâtres.

Opération. — Réduction sanglanteet cure radicale.

Guérison.

Obs. 20. — Broca A., 1895 (Cas n° 11).

Enfant de 3 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité, hernie à gauche.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice et du cæcum. L'appendice paraît sain, et possède un long méso.

Le sac contient à sa partie postérieure le fond du cæcum, sans méso.

Symptômes. — Hernie remarquée à la naissance, elle a été améliorée par un bandage, mais a récidivé. Elle a le volume d'une noix, et elle est facilement réductible.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 21. — Jaboulay, 1895 (cas n° 1).

Homme de 45 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice sain, et du cæcum.

Le sac est complet.

Symptômes. — La hernie date de trois ans et est maintenue par un bandage.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale. Guérison.

Obs. 22. — Jaboulay, 1896 (cas n° 2).

Homme de 45 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice sain, du cæcum, du côlon. et de l'épiploon.

Le sac est complet.

Symptômes. — La hernie date de plusieurs années, elle est volumineuse ; elle a été irréductible dès le début.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale. Guérison.

Obs. 23. — Broca A., 1896 (cas n° 12).

Enfant de 2 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — L'appendice est contenu dans un premier sac et l'épiploon dans un deuxième sac; ces deux sacs communiquent entre eux. L'appendice paraît sain.

Symptômes. — La hernie a été reconnue à l'âge de 6 mois et a été maintenue par un bandage.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale. Guérison.

Obs. 24. — Broca A., 1896 (cas n° 13).

Enfant de 1 an.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — L'appendice, le fond du cæcum et la fin de l'iléon sont contenus dans la hernie.

L'appendice paraît sain. Sac sec.

Symptômes. — La hernie fut remarquée à l'âge de 4 mois, et mal contenue par un bandage.

Elle est incomplètement réductible; récemment elle a augmenté de volume.

Irréductibilité, arrêt des matières et des gaz. Étranglement. Inflammation des téguments. État général assez bon.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 25. — Broca A., 1896 (cas n° 14).

Enfant de 2 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité. Testicule à la partie moyenne des bourses.

Anatomie pathologique. — L'appendice possède un méso large de 2 centimètres, il est adhérent, par son extrémité, au fond du sac.

Symptômes. — La hernie est remarquée par hasard depuis la veille. Le testicule occupe la partie moyenne des bourses.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale. On sectionne le méso et on ferme le sac.

Guérison.

Obs. 26. — Broca A. 1896 (Cas n° 15).

Enfant de 16 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité. Pointe de hernie à gauche.

Hernie vagino-testiculaire.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l appendice et le cæcum.

L'appendice paraît sain.

Sac vagino-testiculaire. Pas d'adhérence charnue naturelle.

Symptômes. — La hernie fut remarquée à l'âge de 1 mois; malgré le bandage elle a continué à grossir. Volume d'un œuf de poule. Elle descend au fond des bourses, et elle très facilement réductible.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 27. — Broca A. 1896 (Cas nº 16).

Enfant de 2 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice qui paraît sain. On apperçoit le cæcum. Sac.

Symptômes. — Hernie reconnue à l'âge de 6 mois; elle est réductible et n'est pas maintenue par un bandage, elle a le volume d'un œuf; l'anneau est large. En le palpant, on sent nettement le cæcum, et une sorte de cordon.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison, cependant le testicule reste gros.

Obs. 28. — Broca. A. 1896 (Cas nº 17).

Enfant de 5 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice, du cæcum, et la fin de l'intestin grêle. L'appendice paraît sain. Le sac est spacieux. Il existe une adhérence charnue naturelle commençant seulement au niveau du côlon.

Symptômes. — Hernie remarquée depuis la naissance. Le bandage ne la guérit pas. On perçoit à la base de la tumeur un cordon volumineux, un peu douloureux à la pression.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Hématome; le testitule reste remonté.

Obs. 29. — Broca A., 1896 (cas n° 18).

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité. Pointe de hernie à gauche et hernie ombilicale. Sac funiculaire.

Anatomie pathologique. — L'appendice paraît sain, il est très long. Sac. Un peu d'hydrocèle.

Symptômes. — Hernie remarquée à l'âge de 6 semaines. Bandage sans succès. La hernie a le volume d'un œuf de poule, elle descend jusqu'au fond des bourses. L'anneau est très dilaté.

Opération. — Réduction sanglante assez difficile.

Cure radicale.

Guérison. Hématome.

Obs. 30. — Broca A., 1896 (cas n° 19).

Enfant de 14 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — L'appendice d'aspect sain apparaît en haut.

Sac interstitiel.

Symptômes. — Hernie remarquée à l'âge de 6 semaines. Bandage. Anneau très élargi.

Opération. — Réduction sanglante. Cure radicale.

Guérison constatée après deux ans.

Obs. 31. — Broca, A. 1897 (cas n° 20).

Enfant. Age ?

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire.

Anatomie pathologique. — L'appendice paraît sain, il est accompagné d'une anse grêle, seulement dans l'effort. Sac avec un peu de liquide.

Symptômes. — A la naissance, petite hernie ombilicale qui a guéri, puis hernie inguinale droite qui disparut et récidiva.

La hernie a le volume d'une noix, elle descend jusqu'au testicule, elle est réductible avec gargouillement.

Ventre un peu ballonné et tendu.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 32. — Broca A., 1897 (cas n° 21).

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité funiculaire.

Anatomie pathologique. — L'appendice paraît sain, et est accompagné du cæcum.

Sac complet funiculaire.

Symptômes. — Hernie remarquée à l'âge de 14 mois, elle a le volume d'un œuf, elle descend dans le scrotum jusqu'au voisinage du testicule. Réduction difficile. Anneau dilaté.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison. Infiltration des bourses.

Obs. 33. — Broca A., 1897 (cas n° 22).

Homme. Age ?

Appendicocèle inguinal gauche.

Pathogénie.— Congénitalité. A été opéré d'une hernie funiculaire.

Anatomie pathologique. — L'appendice, qui paraît sain, est accompagné du cæcum, de la fin de l'intestin grêle, et d'une petite partie du côlon adhérente.

Le fond du cæcum est réuni au fond du sac par des adhérences inflammatoires assez lâches. Pas d'adhérences charnues naturelles. Sac spacieux.

Symptômes. — La hernie, très volumineuse, paraît englober le testicule. Réduction partielle.

Opération. — Réduction sanglante avec libération d'adhérences cæcales. Cure radicale.

Guérison.

Obs. 34. — Pillon, 1897.

Sexe ? Age ?

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — L'appendice est accompagné de la trompe et de l'ovaire.

Symptômes. — Hernie avec symptômes d'étranglement.

Opération. — Réduction sanglante du tout. Cure radicale.

Guérison.

Obs. 35. — Porack, 1899.

Enfant de 18 mois.

Appendicocèle inguinal droit

Congénitalité et hernie ombilicale.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum. Cæcum violacé.

Appendice long de 77 millimètres paraît sain.

Sac contenant un peu de liquide citrin.

Pas de kystes du cordon.

Symptômes. — Hernie remarquée récemment. Ces jours-ci vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Irréductibilité. Douleur. La tumeur ne descend pas jusqu'au testicule qui est en place.

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 36. — Dujon, 1900.

Enfant de 2 ans.

Appendicocèle inguinal gauche.

Congénitalité.

Anatomie pathologique. — Appendice d'apparence sain et accompagné du cæcum. Pas d'inversion des viscères. Sac.

Symptômes. — Hernie étranglée, arrêt des selles, vomissements. Elle a le volume d'un œuf, est sonore à la percussion, irréductible, inguino-scrotale. Pouls : 90.

Diagnostic. — Hernie inguinale étranglée.

Opération. — Réduction sanglante le sixième jour, après débridement de l'anneau ; craquelure de la séreuse cæcale, suture.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 37. — Vignard P., 1902.

Homme de 50 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice paraît sain, accompagné du cæcum.

L'appendice remonte derrière le cæcum.

Sac très incomplet. Adhérence charnue naturelle.

Symptômes. — Hernie très ancienne, étranglée depuis deux jours, volumineuse, distendant le scrotum droit, peu tendue, bosselée, sonore avec bruits hydro-aériques. État général bon.

Diagnostic. — Hernie étranglée comprenant peut-être le gros intestin (bruits hydro-aériques).

Opération. — Réduction très difficile, malgré le débridement à cause des adhérences charnues naturelles. Bascule du cæcum en haut. Fermeture de l'anneau.

Cure radicale (à la soie). Drainage.

Guérison. Accidents pulmonaires et légère suppuration.

Obs. 38. — Moty, 1905.

Sexe ? Age ?

Appendicocèle inguinal droit.

L'appendice est seul et paraît sain.

Sac.

Hernie inguinale dont on remarque la forme allongée et la consistance ferme.

Réduction sanglante et cure radicale.

Guérison.

Obs. 39. — Forgue, 1906.

Homme de 47 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Congénitalité. Hernie à gauche, et épithélioma de la verge.

Appendice accompagné d'épiploon. Pas d'adhérences. Sac.

Ganglions inguinaux.

Réduction sanglante. Double cure radicale, émasculation et ablation des ganglions.

Guérison.

Obs. 40. — Steiger, 1879.

Femme de 57 ans.

Appendicocèle inguinal gauche.

Appendice et cæcum. Pas de gangrène.

Aucune trace de sac.

Hernie avec symptômes d'étranglement.

Réduction sanglante au troisième jour, facile.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 41. — Reverdin J.-L., 1885.

Homme de 72 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Hernie bilatérale.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum, origine du

côlon ascendant et un paquet d'intestin grêle. Adhérences des différentes parties intestinales entre elles, mais pas avec le sac.

Symptômes. — La hernie droite a le volume d'une tête d'adulte, elle est incomplètement réductible.

Opération. — Réduction sanglante et cure radicale double. La réduction fut difficile et longue malgré les dimensions de l'anneau.

Guérison.

Obs. 42. — Geissler, 1903.

Appendicocèle inguinal gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice et sac.

Opération. — Cure radicale.

Obs. 43. — Dunlop, 1879.

Femme de 45 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice, du cæcum, une anse d'intestin grêle et l'origine du côlon sont adhérentes avec le sac.

Symptômes. — La hernie date de vingt ans. Après un accouchement, abcès de la fosse iliaque droite qui s'ouvrit spontanément et guérit.

Depuis quinze jours, la hernie est irréductible.

La tumeur descend dans la grande lèvre.

Accidents d'inflammation, symptômes généraux pas très graves, en sorte qu'on temporise.

Diagnostic. — Hernie enflammée.

Opération. — Réduction sanglante difficile par l'isolement

du côté externe, par suite d'adhérences avec le sac. Deux ponctions de l'intestin sans résultat.

Cure radicale.

Guérison. Abcès et fistule laissant passer des gaz.

Obs. 44. — Dick, 1880.

Homme de 54 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — L'appendice est seul, enroulé sur lui-même, étranglé à l'anneau, pas de perforation, recouvert au collet du sac de fausses membranes très molles.

Le sac contient du pus épais et fétide.

Symptômes. — La hernie date de l'âge de 12 ans; depuis cinq jours, symptômes d'étranglement. Échec du taxis. Suppression des gaz et des selles; nausées, vomissements. Tumeur du volume du poing, très dure. Œdème rouge de la paroi jusqu'à l'ombilic. Météorisme énorme.

Diagnostic. — Hernie enflammée étranglée.

Opération. — Réduction sanglante le cinquième jour.

On déroule l'appendice, et on le rentre après désinfection antiseptique.

Cure radicale.

Mort cinq heures après l'opération.

Obs. 45. — Bruce-Clarke, 1893.

Appendicocèle inguinal droit. Cas rapporté à la Société de Chirurgie de Londres, le 13 mai 1893.

Obs. 46. — Bidwell, 1897 (cas n° 1).

Femme. Age?

Appendice seul et sain.

Hernie irréductible, phénomènes d'étranglement légers.

Réduction sanglante après incision du ligament de Gimbernat. Cure radicale. Guérison.

Obs. 47. — Bidwell (cas n° 2), 1897.

Femme. Age (?)

Anatomie pathologique. — Appendice d'apparence sain.

Clinique. — Hernie irréductible. Phénomènes d'étranglement léger.

Opération. — Réduction sanglante, après section du ligament de Gimbernat.

Résultat. — Guérison (?).

Obs. 48. — Weirr Robert, 1881.

Sexe (?) Age (?)

Anatomie pathologique. — Appendice + grêle (une petite partie). Cet appendice est gangrené.

Clinique. — Hernie étranglée depuis quelques jours. Symptômes de péritonite concomitante.

Opération. — Réduction sanglante (?)

Résultat. — Mort. (Continuation de la péritonite généralisée.)

Obs. 49. — Gibson, 1901.

Appendicocèle inguinal gauche.

Homme 55 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice + cæcum + côlon ascendant à son origine + une notable longueur du grêle.

Sac.

Clinique. — Hernie volumineuse scrotale, complètement réductible ; mais alors une fois réduite, dyspnée. Cette hernie est très ancienne.

Opération. — Réduction sanglante du tout + cure radicale avec fermeture de Bassini.

Suites. — Guérison. Mort ultérieure accidentelle, du fait d'une crise urémique.

Obs. 50. — Nusbaum, 1883.

Appendicocèle inguinal droit.

Garçon 8 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice. Sac.

Clinique. — Hernie irréductible.

Opération. — Réduction sanglante facile ; ligature et extirpation partielle du sac. Cure radicale.

Suites. — Guérison.

Obs. 51. — Wahl, 1883.

Garçon 8 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice

Clinique. — ?

Opération. — Réduction (?) et cure radicale.

Suites. — Mort le lendemain.

B). — CAS TRAITÉS PAR APPENDICECTOMIE PARTIELLE OU TOTALE ET CURE RADICALE HERNIAIRE.

Obs. 52. — Colley-Daires (cas n° 1).

Homme, 58 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice rouge par places, jaune ailleurs. Adhérences herniaires en avant de l'appendice.

Sac (?)

Clinique. — Hernie datant de trente ans; depuis quelques jours irréductible et bandage inapplicable. Depuis quatre jours, abdomen sensible, pas de selles ni de gaz. Irréductibilité partielle. Fièvre. Diagnostic : Étranglement herniaire.

Opération. — Appendicectomie ; ligature à la soie.

Suites. — Mort huit jours après, par péritonite à point de départ au niveau de la ligature.

Obs. 53. — Colley-Daires (cas n° 2).

Sexe (?) 42 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé, nécrosé, nageant dans le pus, gangrené. Sac (?)

Clinique. — Depuis trois jours, constipation et vomissements. Depuis vingt-quatre heures augmentation notable de volume. Scrotum enflammé avec gaz.

Diagnostic. — Hernie enflammée.

Opération. — Appendicectomie (?)

Suites. — Guérison, avec fistule stercorale existant encore un an après.

Obs. 54. — Solding J.-E., 1905.

Sexe (?) Age (?)

Anatomie pathologique. — Appendice au milieu d'une gangue enflammée ; le tout situé dans un *sac.*

Clinique. — Symptômes complets d'une hernie inguinale étranglée.

Opération. — Appendicectomie avec ligature et cautérisation au thermocautère du moignon ; cure radicale.

Suites. — (?)

Obs. 55. — Jackle (cas n° 2), 1888.

Sexe (?) 6 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice volumineux, enflammé, adhérent au cordon, non perforé. Sac (?)

Clinique. — Hernie irréductible.

Opération. — Appendicectomie, cure radicale.

Suites. — Guérison.

Obs. 56. — Jackle (cas n° 3), 1888.

Homme, 64 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice étranglé et perforé.

Clinique. — Hernie depuis trois ans, étranglée depuis trois jours.

Opération. — Appendicectomie ; cure radicale.

Suites. — Guérison.

Obs. 57. — Jackle (cas n° 4), 1888.

Homme, 58 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice étranglé et perforé.

Clinique. — Hernie partiellement réductible.

Opération. — Appendicectomie ; cure radicale.

Suites. — Mort quatre jours après par péritonite.

Obs. 58. — Koerte, 1891.

Cas rapporté à la Société de médecine interne de Berlin, le 3 juin 1891.

Appendicocèle inguinal droit.

Obs. 59. — Niche A., 1892.

Sexe(?) 2 ans 1/2. *Appendicocèle inguinal droit.*

Anatomie pathologique. — Appendice agrandi, enflammé et perforé. Sac contenant du pus qui évacué, laissa voir l'appendice.

Clinique. — Hernie à trois reprises, *fistule* du scrotum avec expulsion d'une scybale la première fois. Au-dessus de la fistule, on sent un pédicule formé par un cordon dur se perdant dans la tumeur.

Opération. — Appendicectomie. Lavages soigneux antiseptiques. Cure radicale.

Suites. — Guérison.

Obs. 60. — Smid, 1892.

Femme, 53 ans. *Appendicocèle inguinal droit.*

Anatomie pathologique. — Appendice long de 6 centimètres, suivi de franges épiploïques ; en son milieu pertuis par lequel sortaient 2 centimètres d'une *épingle* longue de 7 centimètres, dont la tête assez grosse était tournée vers le cul-de-sac de l'appendice. *Sac* oblitéré sur presque toute son étendue.

Clinique. — Hernie depuis deux ans, peu gênante. Elle s'enflamma, s'ouvrit, laissa échapper des gaz, du sang, du pus, des stercora. Tumeur inguinale très petite, adhérente aux parties profondes et à la peau. A son centre, une *fistule* donnant un peu de pus.

Opération. — Appendicectomie et ablation du trajet fistuleux.

Suites. — Guérison avec fistule temporaire.

Obs. 61. — Bier, 1892.

Homme. Age (?) *Appendicocèle inguinal droit.*

Anatomie pathologique. — Apendice + fond du cæcum, adhérent fortement au sac en arrière, perforé en haut, et plus bas, trois concrétions dans un abcès, de la grosseur d'un grain de chanvre, communiquant librement avec la lumière de l'appendice. Tunique musculaire infiltrée et fortement épaissie. Sac (?)

Clinique. — Hernie depuis deux jours, volumineuse et douloureuse ; mais la hernie était probablement plus ancienne. Volume d'un œuf, forme bilobée, très sensible, avec téguments rouges.

Diagnostic de hernie enflammée.

Opération. — Appendicectomie à manchette. Drainage avec une bande de gaze iodoformée.

Suites. — Guérison.

Obs. 62. — Brieger A (cas n° 1), 1893.

Femme (?) Age (?)

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice : différencié histologiquement de la trompe. *Sac* contenant du pus épais, verdâtre.

Clinique. — Hernie étranglée ; arrêt des matières et des gaz ; vomissements et constipation. Diagnostic : hernie de la trompe.

Opération. — Appendicectomie.

Suites. — Guérison.

Obs. 63. — Brieger A (cas n° 2), 1893.

Sexe (?) Age (?)

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul. Sac (?)

Clinique. — Hernie avec constipation, vomissements, mais pas d'arrêt des gaz. Diagnostic : hernie étranglée imcomplètement.

Opération. — Appendicectomie.

Suites. — Guérison avec fistule.

Obs. 64. — X... de Breslau (cas n° 1), 1892, rapporté par Brieger.

Homme, 45 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice en haut, renflé à son extrémité, de la dimension d'un œuf de pigeon, d'apparence gangreneuse.

Sac calleux vide, contenant un peu de liquide.

Clinique. — Hernie datant de douze ans, réductible ; puis irréductible, et d'ailleurs avec arrêt des selles et gaz, malaise. Volume d'un œuf d'oie, rénitente.

Opération. — Appendicectomie partielle à 1 cm. 1/2 du cæcum. Désinfection du moignon. Cure radicale. Drainage avec mèche iodoformée.

Suites. — Guérison avec suppuration. Légère impulsion à la toux.

Obs. 65. — X... de Breslau (cas n° 2), rapporté par Brieger, 1893.

Homme 29 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice + épiploon.

L'appendice est épaissi, infiltré, adhérent par son extrémité au sac.

L'épiploon adhère aussi au sac.

Sac : pas de liquide.

Clinique. — Hernie datant de huit ans. Il y a quatre mois, augmentation brusque, douleurs, vomissements ; volume d'un œuf d'oie, téguments enflammés. Donc symptômes d'étranglement et d'inflammation.

Opération. — Appendicectomie.

Suites. — Guérison.

Obs. 66. — Krause, 1898.

Homme 41 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé en deux endroits au niveau de l'anneau inguinal externe. Sac.

Clinique. — Hernie à forme inflammatoire descendant le long du cordon jusqu'au testicule. C'est la deuxième poussée inflammatoire.

Diagnostic. - Lésion tuberculeuse de l'épididyme et du cordon.

Opération — Appendicectomie, et castration nécessitée par l'adhérence intime existant entre le sac et le cordon.

Suites. — Guérison.

Obs. 67. — Schwartz, 1898.

Homme 45 ans.

Appendicocèle inguinal gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé + cæcum + une partie de l'iléon et du côlon ascendant. Sac (?)

Clinique. — Hernie datant de trois ans; augmenta jusqu'au point de mesurer le volume d'une tête d'enfant. Récemment, étranglement, vomissements, suppression des gaz.

Opération. — Appendicectomie. L'intestin fut laissé au dehors de la cavité abdominale. Seize jours après réduction et cure radicale.

Suites. — Guérison avec suppuration.

Obs. 68. — Fraenkel, 1902.

Sexe (?) Age (?)

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum. L'appendice est très injecté, recouvert d'exsudat purulent sur un

espace grand comme une pièce de 50 centimes, contient une arête de poisson, ayant traversé la muqueuse et la musculeuse ulcérée à ce niveau. Périappendicite. Sac avec exsudat trouble.

Clinique. — Hernie brusquement irréductible. Symptômes d'étranglement.

Opération. — Appendicectomie. Le cæcum était si distendu qu'on ne put le réintégrer qu'après dilatation de l'anneau. Cure radicale de Bassini.

Suites. — Guérison.

Obs. 69. — Schœne, 1903.

Homme 23 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice + une anse grêle L'appendice long de 8 centimètres offre une zone d'étranglement au collet. Au-dessus il est épaissi, jaunâtre, nécrosé. L'anse grêle est étranglée avec un point suspect au collet, reconnu perforé.

Clinique. — Hernie apparue brusquement en même temps qu'elle s'étrangla et fut irréductible. Mécanisme : la brusque irruption d'une anse grêle par un effort entraîna l'étranglement simultané de cette anse et de l'appendice. Donc étranglement vrai.

Opération. — Appendicectomie le quatrième jour. Refoulement de l'anse.

Suites. — Mort par péritonite par perforation.

Obs. 70. — Jalaguier, 1888.

Homme 46 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice + anse grêle ecchymosée. L'appendice est gangrené sur une étendue de 8 centimètres, mais ne présente aucune trace d'étranglement. Plaque de sphacèle à 3 centimètres au-dessus de la partie moyenne. Sac avec liquide sanguinolent.

Clinique. — Hernie depuis quatre ans, devenue irréductible et douloureuse. Étranglement, peau rouge, œdématiée, vomissements, ballonnement.

Diagnostic. — Hernie étranglée avec inflammation.

Opération. — Appendicectomie.

Suites. — Guérison.

Obs. 71. — Le Bec, 1888.

Homme 59 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice faisant corps avec le sac ; fistule de l'appendice dans sa partie moyenne. Sac.

Clinique. — Hernie ancienne, enflammée, fistuleuse, à la partie moyenne du scrotum. Testicule sain, mais cordon ouvert par le trajet fistuleux ; le tout forme une masse du volume du petit doigt. Diagnostic : fistule scrotale.

Opération. — Appendicectomie scrotale partielle.

Suites. — Guérison constatée après six mois. Abcès dans la cicatrice par suite de drainage insuffisant.

Obs. 72. — Reclus, 1892.

Homme 29 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice volumineux comme

une anse intestinale, long de plus de 6 centimètres, avec concrétions olivaires. Sac.

Clinique. — Hernie douloureuse.

Opération. — Appendicectomie, suture du moignon.

Suites. — Guérison ; les crises douloureuses attribuées à la hernie et dues en réalité à l'appendicite cessèrent.

Obs. 73. — Thierry, 1892.

Homme 58 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice sain dans les deux tiers supérieurs ; nettement étranglé par l'orifice inguinal à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen ; sphacèle au-dessous de l'étranglement, perforation à l'extrémité ; longueur de 20 centimètres ; pas de corps étranger. Sac.

Clinique. — Hernie depuis huit mois, indolore.

Depuis trois jours, douloureuse, irréductible, enflammée, chaude, résistant au taxis. Vomissements ; évacuation de quelques gaz. Diagnostic : étranglement incomplet.

Opération. — Appendicectomie le quatrième jour. Évacuation de pus et de liquide fécaloïde, avec sérosité et gaz. Au centre, un faisceau filamenteux, sphacélé, putride, déchirable par une pince. Antisepsie du sac au chlorure de zinc et à l'acide phénique.

Suites. — Guérison, avec suppuration et élimination de lambeaux sphacélés. Pas de fistule stercorale.

Obs. 74. — Delorme, 1893.

Homme 20 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice + masse épiploïque. L'appendice très adhérent par places à la paroi du sac, est long de 15 centimètres et gros comme un porte-plume. La masse épiploïque, très adhérente et épaisse, est contenue dans un autre sac. Donc sac double : l'un pour l'appendice.

Clinique. — Hernie depuis quelques semaines, douloureuse à la suite d'un effort, réductible ; coliques ; le bandage n'est pas supporté à cause de la douleur ; pas de vomissements ni d'arrêt des matières ; hernie du volume d'un œuf avec expansion, impulsion, matité.

Diagnostic. — Hernie adhérente, irréductible.

Opération. — Appendicectomie partielle (de 10 cm. sur 15 cm.) ; décortication de l'appendice difficile ; réduction du fragment laissé. Excision d'épiploon. Cure radicale. Pansement iodoformé.

Suites. — Guérison.

Obs. 75. — Vignard, 1893.

Homme 60 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice flottant, mais gangrené et perforé dans sa moitié libre, gros comme l'auriculaire, noir, simplement tuméfié dans sa partie inférieure pourvue d'un méso.

La limite entre ces deux parties est nettement marquée par une dépression circulaire large de 1 centimètre. Traces d'étranglement au collet. Dans l'appendice un peu de liquide noirâtre, fétide.

Clinique. — Hernie depuis quarante-deux ans. Depuis cinq jours douloureuse, tendue, avec vomissements, mais sans arrêt

des selles. Volume d'une mandarine, peau rouge, chaude, œdémateuse, avec fluctuation à ce niveau. Grande faiblesse, voix cassée, yeux excavés, facies grippé, pouls petit, rapide.

Diagnostic. — Abcès stercoral consécutif à une hernie étranglée, cependant pas de constipation.

Opération. — Appendicectomie, évacuation d'un flot de liquide noirâtre, fécaloïde, avec un peu de pus ; suture du moignon au catgut ; ablation des parties mortifiées. Cure radicale et suture partielle.

Suites. — Guérison, par suppuration et granulation, en un mois et demi.

Obs. 76. — Walther, 1894.

Homme, 69 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice au centre et en haut d'un magma puriforme + épiploon. Au-dessus et en dehors de l'appendice, petit sac rempli d'épiploon. L'appendice est perforé, avec abcès gangreneux du scrotum. Sac.

Clinique. — Hernie depuis dix ans, partiellement réductible. Depuis trois jours, très douloureuse, avec constipation partielle, météorisme moyennement prononcé, sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite. Tumeur inguino-scrotale, dure, luisante, douloureuse, tendue, avec coloration rosée des téguments à son niveau ; pendant quatre jours, 38°5; puis sphacèle.

Diagnostic. — Epididymo-orchite avec vaginalite.

Opération. — Appendicectomie le septième jour. Incision du scrotum, évacuation de pus fétide et de gaz. Testicule

dans une vaginale suppurée. Résection de toutes les parties sphacélées. Castration. Tamponnement iodoformé.

Suites. — Mort par congestion pulmonaire.

Obs. 77. — Bernard, 1894.

Homme. Age (?)

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique.—Appendice extra-péritonéal, blanc, arrondi. Pas de sac.

Clinique. — Hernie ancienne, irréductible depuis huit jours. Quelques symptômes peu alarmants, vomissements, constipation, ballonnement. Tumeur dure, irrégulière, semblant se prolonger dans le canal inguinal. Diagnostic : épiplocèle adhérente.

Opération. — Appendicectomie. Ligature, cautérisation, suture du moignon.

Suites. — Guérison.

Obs. 78. — Vautrin, 1894.

Homme, 23 ans.

Appendicocèle inguinal gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice gangrené, se déchirant sous les mors d'une pince + cœcum adhérent qu'on perçoit à la partie supérieure du sac. L'appendice, long de 8 centimètres, n'est ni oblitéré, ni sténosé, ni rempli de corps étrangers. Sac renfermant du pus fécaloïde.

Clinique. — Hernie enflammée, empâtée, douloureuse, petite.

Opération. — Appendicectomie après désinfection du sac ; drainage ; cure radicale.

Suites. — Guérison.

Obs. 79. — Levêque, 1895.

Homme, 63 ans.

Appendicocèle inguinal droit, Hernie bilatérale.

Anatomie pathologique. — Appendice très hypertrophié avec perforation à sa pointe, laissant largement passer un corps étranger (dent de chat ou de lapin). Sac.

Clinique. — Hernie depuis trente-trois ans à gauche ; et depuis deux ans, hernie double facilement réductible. Il y a neuf jours, à la suite d'un effort, celle-ci a augmenté de volume et est devenue irréductible. Le taxis échoue. Constipation depuis cinq jours, mais les gaz passent.

Tumeur du volume du poing, incomplètement réductible avec gargouillement. Pas de météorisme; facies grippé. Diagnostic : étranglement incomplet.

Opération. — Appendicectomie. Libération d'adhérences reliant le fond du cœcum au collet du sac. Cure radicale, drainage, sutures, pansement iodoformé.

Suites. — Guérison, mais avec fistule pendant deux mois, par laquelle coulait un liquide séro-purulent.

Obs. 80. — Broca, 1895.

Garçon, 13 ans.

Appendicocèle inguinal droit. Hernie congénitale, sac funiculaire.

Anatomie pathologique. — Appendice fixé en arrière au sac par un méso, long comme le sac. Cet appendice est fixé au sommet par des adhérences. Sac avec adhérences descendant jusqu'auprès du testicule.

Clinique. — Hernie remarquée à l'âge de 3 mois, depuis lors bandage.

Opération. — Appendicectomie. Cure radicale.

Suites. — Guérison.

Obs. 81. — Jaboulay, 1895.

Homme, 55 ans.

Appendicocèle inguinal droit. Hernie acquise.

Anatomie pathologique. — Appendice + cæcum. L'appendice est enflammé; pas de calculs. Donc appendicite herniaire. Pas de sac, ou plutôt sac très incomplet au niveau de l'anneau externe.

Clinique. — Hernie depuis quelques années. Volume d'un œuf, rapidement irréductible ; ces jours derniers phénomènes inflammatoires, rougeur, empâtement; quelques vomissements, arrêt des selles et des gaz. Diagnostic : engouement herniaire.

Opération. — Appendicectomie quinze jours plus tard. Réduction du cæcum et cure radicale.

Suites. — Guérison avec suppuration.

Obs. 82. — Guinard (cas n° 1), 1896.

Sexe (?) Age (?)

Anatomie pathologique. — Appendice sphacélé + une anse grêle.

Clinique. — Hernie étranglée.

Opération. — Appendicectomie et invagination totale de l'anse malade.

Suites. — Mort par septicémie.

Obs. 83. — Veslin, 1896.

? . . .

Appendicocèle inguinal droit.

Hernie double opérée à gauche quinze jours auparavant.

Anatomie pathologique. — Appendice + une grande partie du grêle + cæcum dans la profondeur attaché au scrotum par le cordon appendiculaire adhérent et fistuleux. Sac (?)

Clinique. — Hernie fistulisée dans le scrotum, du volume d'un poing d'adulte, irréductible (côté droit). Après réduction on sent, partant du point rouge induré, un cordon du calibre d'une plume d'oie, se continuant dans le trajet herniaire.

Opération. — Appendicectomie, fermeture par des sutures. Cure radicale.

Suites. — Guérison avec suppuration superficielle.

Obs. 84. — Baek, 1897.

Homme, 63 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice + cæcum. L'appendice est gangrené et le cæcum aussi en partie. Calculs appendiculaires et suppuration. Sac (?)

Clinique. — Hernie depuis quelque temps douloureuse, et augmentant de volume ; irréductible. Cordon qu'on croit être le déférent. Diagnostic : épiplocèle ancienne droite.

Opération. — Appendicectomie + résection du cæcum et castration. On termine par un anus cæcal ; quinze jours après ermeture de l'anus.

Suites. — Guérison.

Obs. 85. — Broca A. (cas n° 2), 1897.

Homme de 72 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité et ectopie testiculaire.

Anatomie pathologique. — Appendice couleur lie de vin ; calibre uniforme, gros comme un crayon, à surface lisse, sans éraillure apparente, étranglé à sa base, disposé en anse.

Le sac contient un liquide hématique, la face interne est couverte de fausses membranes fibrineuses.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de trois jours, irréductible. Taxis sans résultat. La tumeur grossit le lendemain, devient rouge et douloureuse, du volume d'un œuf de pigeon, rénitente. Pas d'arrêt des gaz.

Abcès chaud inguinal ganglionnaire ou hernie étranglée.

Traitement. — Appendicectomie ; débridement du collet à la sonde cannelée. On essaie de réduire l'appendice, mais le cæcum vient faire obstacle. Après l'avoir déchiré, ablation de l'appendice.

Thermocautérisation, retournement en doigt de gant du moignon. Cure radicale.

Résultat. — Guérison. Le testicule reste élevé parce que l'orifice inguinal est bien fermé.

Obs. 86. — Blanc A., 1897.

Homme de 46 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice congestionné, dilaté dans son segment inférieur, perforé par un petit fragment de bois ; adhérent au cordon, avec un polype dans sa lumière.

Pas de sac.

Symptômes et diagnostic. — Hernie récidivée après opération, il y a dix ans. Depuis quatre jours, irréductible, douloureuse, mais pas de vomissements ni d'arrêt des matières.

Facies bon.

Hernie inguinale peut-être étranglée ?

Traitement. — Glace, suspension des bourses. Appendicectomie après pincement de la base de l'appendice. Suture au catgut sur deux plans : muqueux et séreux.

Résultat. — Guérison.

Obs. 87. — JEANNEL, 1897.

Homme de 60 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice à l'extrémité dilatée, grosse comme un testicule d'adulte.

Cette dilatation est couverte de fausses membranes.

Pas de constriction apparente de l'organe.

Pus abondant, pas de perforation ni de gangrène. Ulcérations de la muqueuse par places. Quelques concrétions dans la paroi. Pas de sténose, folliculite suppurée.

Sac sec à parois minces.

Symptômes et diagnostic. — Hernie consécutive à un violent effort datant de douze ans. Il y a quinze jours : douleurs, coliques, irréductibiiité, persistance des selles. Tumeur pédiculée, douloureuse, mate, du volume d'un œuf, d'une forme rappelant celle du testicule.

Épiplocèle serrée par l'anneau inguinal externe.

Traitement. — Appendicectomie après section des adhérences aux ciseaux. Thermocautérisation et enfouissement. Cure radicale. Bassini.

Pendant la dissection du sac, il s'est produit une perforation par laquelle s'est évacué un peu de pus.

Résultat. — Guérison malgré suppuration.

Obs. 88. — Lannelongue, 1898.

Enfant de 3 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité.

Anatomie pathologique. — Appendice entièrement adhérent à la paroi postérieure du sac par son tiers supérieur. Adhérences acquises.

Sac mince ne communiquant pas avec la vaginale.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant depuis la naissance, qui ne fut jamais bien contenue par un bandage. Elle est sonore, du volume d'un œuf, descend dans le scrotum. Réductibilité partielle, coliques intermittentes et diarrhée.

Hernie inguinale congénitale, contenant probablement de l'épiploon.

Traitement. — Appendicectomie après section de l'adhérence aux ciseaux. Thermocautérisation et enfouissement. Cure radicale. Bassini.

Résultat. — Guérison.

Obs. 89. — Michaux, 1898.

Homme de 54 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice du volume d'un œuf, renfermant dans son milieu une poche purulente (une cuillerée de pus).

Symptômes et diagnostic. — Hernie inguinale avec tous le symptômes d'étranglement.

Cependant, présence de gaz.

Traitement. — Appendicectomie.

Résultat. — Guérison.

Obs. 90. — Reynier (cas n° 1), 1896.

Homme de 34 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice intimement uni à la paroi, dans la plus grande partie de sa hauteur, sauf au niveau de son extrémité terminale.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de neuf ans, consécutive à un effort, se réduisant par moments spontanément, mais douloureuse avec coliques. Il y a quinze jours, elle devient irréductible et douloureuse, grossè comme le poing, peu tendue, gargouillement.

Passage des matières et des gaz.

Hernie inguinale.

Traitement. — Appendicectomie, section cunéiforme, enfouissement dans les débris du méso et fixation extra-péritonéale.

Cure radicale, suture au catgut.

Résultat. — Guérison.

Obs. 91. — Reynier (cas n° 2), 1897.

Homme de 37 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice libre.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de dix ans, facilement maintenue par un bandage.

Troubles gastro-intestinaux.

Hernie inguinale.

Traitement. — Appendicectomie. Section cunéiforme au-dessous d'une ligature. Encapuchonnement avec la partie du méso qu'on a eu soin de garder. Fixation du pédicule à la paroi. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 92. — Reynier (cas n° 3), 1898.

Homme de 37 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice libre et cæcum.

L'appendice est très augmenté de volume à cause du méso infiltré et accolé à sa partie interne.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de vingt-trois ans, du volume du poing, incoercible et irréductible.

On constate en outre la présence d'un cordon dur, épais, gros comme l'appendice, mobile.

Hernie inguinale irréductible.

Traitement. — Appendicectomie. Fixation du pédicule à la paroi. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 93. — Reynier (cas n° 4), 1898.

Homme de 29 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, volumineux.

Sac avec infiltration graisseuse.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de vingt ans. Dans la hernie, on a constaté la présence d'une tumeur de la grosseur de l'index, mobile, ballottante, réductible, trop volumineuse pour être le canal déférent.

Hernie inguinale droite.

Traitement. — Appendicectomie. Fixation du pédicule par une suture au catgut.

Résultat. — Guérison.

Obs. 94. — POTHERAT, 1898.

Homme de 18 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Hernie bilatérale congénitale.

Anatomie pathologique. — Appendice fixé par des adhérences, charnu, très épaissi. Appendicite chronique avec poussées subaiguës, et adhérences à la paroi postérieure du sac. Altérations de la muqueuse et sécrétion puriforme. Dans ce magma puriforme, une paillette métallique de 2 millimètres de long sur 1 millimètre de large.

Symptômes et diagnostic. — Symptômes Hernie inguinale double datant des premières années. Guérison par bandage. Récidive à droite. La hernie droite est réductible, mais reste occupée par un cordon roulant sous le doigt, douloureux, distinct du cordon inguinal.

Corde épiploïque adhérente.

Traitement. — Appendicectomie, après dissection des adhérences. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 95. — Gangolphe, 1899.

Homme de 63 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et épiploon.

L'appendice est entouré de fausses membranes. Il est serré au niveau de l'anneau inguinal externe, contient plusieurs calculs, prêts à perforer ses parois distendues et sphacélées.

Les fausses membranes le maintiennent coudé et en état de vase clos.

Symptômes et diagnostic. — Hernie étranglée. Epiploïte avec peut-être une anse intestinale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie.

Résultat. — Guérison.

Obs. 96. — Dupin, 1900.

Femme.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et épiploon.

L'appendice, légèrement congestionné, descend à l'entrée du collet, n'est pas perforé.

Le sac contient du pus et un caillot.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de six ans, indolore, sans bandage. Ces jours-ci, symptômes d'obstruction intestinale : toutefois état général pas mauvais.

Hernie inguinale droite avec étranglement incomplet.

Traitement. — Appendicectomie partielle.

Excision de l'épiploon, lavage du sac.

Cure radicale. Pas de drainage.

Résultat. — Guérison.

Obs. 97. — Mouchet, 1900.

Femme de 70 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice en forme d'anse intestinale ; rouge lie de vin, perforé, saignant sur sa face supérieure. Cet appendice est replié sur lui-même, très adhérent au sac et à la face interne du cæcum, long de 14 centimètres, de 8 centimètres de circonférence et contient un calcul.

Sac sec, avec adhérences.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de quelques années, petite, indolore, intermittente, vomissements, coliques, arrêt des gaz, hoquet, facies abdominal, météorisme, rénitence, douleur, irréductibilité, tumeur du volume d'une noix.

Étranglement incomplet.

Traitement. — Appendicectomie après ligature et cure radicale. Dissection du sac et résection, une mèche de gaze est laissée à l'angle inférieur de la plaie.

Résultat. — Guérison.

Obs. 98. — Rollet, 1901.

Homme de 68 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — L'appendice est volumineux à parois dures, enflammées, presque aussi gros que le cæcum, avec lequel il se continue, long de 7 centimètres, large de 3 cm. 1/2.

Sac très épais contenant du pus stercoral.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de six ans, volu-

mineuse. Récemment, symptômes d'étranglement, irréductibilité, vomissements, constipation. Puis réductibilité spontanée, brusque, mais douleur. Température : 38°5.

Pas de constipation continue.

Augmentation de volume brusque, irréductibilité, matité, fluctuation légère.

Engouement herniaire. — Épiploïte avec péritonite.

Traitement. — Glace pendant deux jours, puis appendicectomie. Fixation du pédicule à la plaie funiculaire. Drainage par une mèche. Pas de fermeture de la plaie.

Résultat. — Guérison, sans suppuration.

Obs. 99. — Boursier, 1901.

Homme de 50 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum et épiploon. Le cæcum et l'appendice sont étalés sur le sac et fortement adhérents; l'appendice est de plus déformé. Son extrémité seule est malade.

Sac à contenu séreux.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de dix ans, depuis longtemps irréductible, devient douloureuse. Son volume est celui de deux poings. Au milieu, on sent un noyau d'épiploïte.

Épiplocèle avec épiploïte.

Traitement. — Appendicectomie.

Résultat. — Guérison.

Obs. 100. — Bérard, 1901.

Homme de 58 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice chroniquement enflammé, incrusté dans une gangue fibro-lipomateuse. Son volume est celui d'une anse grêle. Il est revêtu de péritoine sur sa face interne seulement, par un sac très incomplet, très épais, très difficile à isoler, adhérent au cordon.

Symptômes et diagnostic. — Hernie très ancienne.

Depuis sept jours, plus grosse et plus tendue.

Pas de selles depuis deux jours. Nausées, vomissements, irréductibilité; de plus, hydrohématocèle.

Étranglement subaigu du gros intestin.

Traitement. — Appendicectomie partielle.

On enlève la partie de l'appendice incrustée dans la paroi du sac. Cautérisation du moignon : fixation de celui-ci à l'anneau inguinal externe, qui est partiellement suturé. Castration. Drainage par une mèche.

Résultat. — Guérison, après suppuration du moignon pendant trois semaines. Pas d'éventration ni d'impulsion excessive à la toux.

Obs. 101. — Souligoux, 1902.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité.

Anatomie pathologique. — Appendice et une anse grêle étranglée. Étranglement de l'appendice.

Symptômes et diagnostic. — Symptômes d'étranglement Hernie inguinale droite étranglée.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — (?)

Obs. 102. — Esténié, 1902.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — La poche herniaire contient l'appendice, le cæcum et le testicule.

Symptômes et diagnostic. — Vieille hernie enflammée et douloureuse depuis quelque temps.

Traitement. — Appendicectomie. Le cæcum a été incisé au cours de l'opération.

Résultat. — Guérison.

Obs. 103. — Nimier, 1902.

Appendicocèle inguinal gauche.

Anatomie pathologique — Appendice et cæcum dans le sac.

Symptômes et diagnostic. — Hernie inguinale gauche.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 104. — Cahier, 1902.

Appendicocèle inguinal gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum dans le sac.

Symptômes et diagnostic. — Hernie inguinale gauche.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 105. — Bazy, 1903.

Homme de 60 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice ni perforé, ni dilaté, ni oblitéré, mais inclus dans l'épaisseur de la poche.

Pas de sac. Pus fétide extrasacculaire.

Symptômes et diagnostic. — Hernie très ancienne.

Pendant la réduction, il persistait une petite *veine* allongée du volume d'un gros crayon ; irréductible depuis quatre jours, étranglée, très dure, mate, sensible, se continuant vers l'abdomen.

Épiploïte.

Traitement. — Appendicectomie. Excision de la poche ; évacuation de l'abcès, drainage, suture partielle et enfouissement.

Résultat. — Malgré suppuration. Guérison. Le malade porte un bandage.

Obs. 106. — Terrier (cas n° 1), 1903.

Homme de 60 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum. Méso très induré, du volume d'un petit œuf. En état d'appendicite plastique, sans pus, ni abcès collecté dans son intérieur.

Sac contenant un liquide citrin.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de deux ans, consécutive à une appendicite. Récemment elle est devenue irréductible, douloureuse, avec constipation. Pédicule très dur et douloureux : matité. État général mauvais : pouls à 104.

Hernie inguinale épiploïque enflammée.

Traitement. — Appendicectomie le sixième jour. Le méso est très induré. Cure radicale, drainage.

Résultat. — Guérison. Un bandage protège la cicatrice.

Obs. 107. — Baillet, 1903.

Enfant de 1 an.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum.

L'appendice est rectiligne, turgide, relativement volumineux et long, manifestement enflammé, entouré d'adhérences molles, avec un gros ganglion précæcal enflammé. Appendicite herniaire.

Sac contenant un liquide citrin.

Symptômes et diagnostic. — Hernie volumineuse, réductible. Après les crises, elle devient plus grosse et irréductible. Symptômes d'étranglement : météorisme, suppression des selles, taxis sans résultat.

Hernie inguinale étranglée, cependant peu de tension.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 108. — Guinard (cas n° 2), 1904.

Appendicocèle inguinal droit.

Symptômes et diagnostic. — Hernie inguinale droite douloureuse.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 109. — Guinard (cas n° 3), 1904.

Appendicocèle inguinal droit.

Symptômes et diagnostic. — Hernie inguinale droite douloureuse.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 110. — Témoin (cas n° 1), 1904.

Enfant de 3 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum distendu. L'appendice est assez volumineux, adhérent au sac, replié en crosse. La partie coudée contient deux calculs.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de la naissance. Depuis une journée, l'enfant est pris de douleurs subites, violentes avec vomissements. La hernie gonfle, devient irréductible.

Hernie étranglée.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 111. — Témoin (cas n° 2), 1904.

Enfant de 6 mois.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — L'appendice est tuméfié, volumineux, entouré de fausses membranes récentes, accolé au æcum, qui forme hernie.

Sac contenant un liquide brunâtre.

Symptômes et diagnostic. — Hernie du volume du poing, extrêmement tendue, avec tympanisme et coloration bronzée de la peau. Douleurs vives, vomissements, météorisme. La hernie est découverte à l'occasion de ces symptômes.

Taxis sans résultat.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 112. — Colte, 1904.

Appendicocèle inguinal.

Cas rapporté dans l' *Echo médical du Nord*, t. VIII, 512, Lille, 1904.

Obs. 113. — Renaut, 1904.

Homme de 21 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice augmenté de volume, très vascularisé, adhérent à la paroi interne du sac. Adhérences les unes récentes, les autres anciennes.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de l'âge de 4 ans, devenue douloureuse ces temps derniers, du volume d'un œuf. Irréductible, mate.

Epiplocèle douloureuse.

Traitement. — Appendicectomie au thermocautère Adhérences facilement rompues. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 114. — Dionis du Séjour, 1904.

Homme.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Hernie bilatérale récemment opérée à gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice long de 7 centimètres, n'ayant de méso que sur une longueur de 3 cm. 1/2. Extrémité libre flottante. Beaucoup de graisse dans le méso.

Sac partiellement absent. En haut, l'appendice est en partie en dehors du sac, comme le cordon.

Les faces supérieure et latérale étaient cependant recou-

vertes entièrement par la paroi du sac, qui sur les côtés, se réfléchissait en haut pour former le sac.

Symtômes et diagnostic. — Hernie récente, parfois douloureuse.

Traitement. — Appendicectomie. Encapuchonnement du moignon et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 115. — Terrier (cas n° 2), 1905.

Homme de 66 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et cœcum.

L'appendice est un peu rouge et vasculaire.

Le cæcum et l'appendice ont subi une demi-torsion autour de leur méso allongé.

Pas d'étranglement.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de longtemps, partiellement réductible : pas de bandage. Depuis deux jours, douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Tumeur du volume des deux poings.

Adiposité et alcoolisme.

Hernie inguinale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale.

Dissection du sac, castration pour obtenir plus de solidité.

Résultat. — Mort le cinquième jour, par parotidite et œdème de la glotte

Obs. 116. — Walther, 1905.

Homme de 28 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité.

Anatomie pathologique. — Appendice et vessie : celle-ci en haut et en dedans, herniée par glissement. Appendice long de 12 centimètres, renflé à son extrémité, adhérent au sac, contenant du muco-pus.

Histologiquement, lésions de folliculite et d'appendicite chronique, avec chute de l'épithélium et ulcérations par places.

Sac contenant l'appendice seul, incrusté dans la paroi.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de l'enfance, descendant jusque dans le scrotum, irréductible et douloureuse. Première opération il y a neuf ans.

Récidive avec troubles digestifs et constipation.

Tumeur du volume du poing, partiellement réductible ; sensation de gros cordon épiploïque.

Épiplocèle inguinale adhérente.

Traitement. — Appendicectomie après ligature au catgut et thermocautérisation du moignon.

Encapuchonnement ; excision du sac.

Cure radicale.

Résultat. — Guérison. Le malade porte bandage.

Obs. 117. — Gaudier, 1905.

Appendicocèle inguinal gauche.

Enfant.

Anatomie pathologique. — Appendice. Sac.

Lésions de péritonite tuberculeuse.

Symptômes. — Symptômes d'une hernie inguinale gauche étranglée.

Opération. — Appendicectomie au thermocautère.

Cure radicale.

Guérison.

Mort ultérieure de péritonite tuberculeuse.

Obs. 118. — Kirmisson, 1905.

Enfant de 3 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, renflé à son extrémité ; très adhérent au sac, à sa face postérieure. Long de 8 centimètres (ce qui est beaucoup pour 3 ans).

Sac contenant de la sérosité, mais ne communiquant pas avec la vaginale.

Symptômes et diagnostic. — Hernie depuis l'âge de 15 mois, surtout marquée dans la station debout. On y perçoit du liquide transparent et un cordon incomplètement réductible, reconnu comme étant l'appendice.

Hernie isolée de l'appendice.

Traitement — Appendicectomie au thermocautère sous ligature au catgut. Excision d'un fragment de sac adhérent à l'appendice.

Le méso est attiré avec une pince à forcipressure.

Cure radicale, suture du sac au catgut, et suture de la paroi inguinale.

Résultat. — Guérison constatée un mois après.

Obs. 119. — Sorel R., 1905.

Homme de 59 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice rouge, tuméfié,

épais, long de 12 centimètres, large de 3 cm. 1 2. Quelques adhérences au niveau de sa racine.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de quarante ans, maintenue par un bandage ; irréductible depuis quatre mois. Ces jours-ci, très douloureuse, nausées, tentatives vaines de taxis. La tumeur est descendue dans le scrotum ; elle est mate ; la peau est saine et mobile. Aucun symptôme d'étranglement.

Traitement. — Appendicectomie et cure radicale. Drainage.

Résultat. — Guérison.

Obs. 120. — Silhol (cas n° 2), 1906.

Enfant de 5 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Pathogénie. — Congénitalité.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, décrivant deux tours de spire autour de son méso. Pas d'adhérences.

Symptômes et diagnostic. — Hernie inguinale droite.

Traitement. — Appendicectomie au thermocautère, sous collerette. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Observ. 121. — Silhol (cas n° 3), 1906.

Enfant de 3 ans.

Appendicocèle inguinal gauche.

Pathogénie. Congénitalité. — Pas d'ectopie.

Anatomie pathologique. — Appendice et intestin grêle.

L'appendice est long de 6 centimètres.

Folliculite avec piqueté hémorragique, au milieu et à l'extrémité libre.

Adhère à l'intestin.

Sac très mince.

Symptômes et diagnostic. — Hernie facilement réductible.

Traitement. — Appendicectomie au thermocautère sous collerette. Cure radicale.

Pas de Bassini.

Résultat. — Guérison.

Obs. 122. — Hall. J. R., 1902.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé dans un sac.

Traitement. — Appendicectomie, résection du cæcum. Abouchement iléo-cæcal.

Résultat. — Guérison.

Obs. 123. — Mac Ewen (cas n° 1), 1906.

Appendicocèle inguinal droit.

Symptômes et diagnostic. — Abcès appendiculaire sous le scrotum.

Traitement. — Appendicectomie.

Résultat. — Guérison.

Obs. 124. — Mac Ewen, 1906.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — On trouve une aiguille dans le scrotum.

Traitement. — Appendicectomie.

Résultat. — Guérison.

Obs. 125. — (Cas n° 1).

Obs. 126. — (Cas n° 2).

Obs. 127. —. (Cas n° 3).

Rapportées par Cernezzi.A. (1903). In : Sull'ernia dell'appendice.

Observatione cliniche ed anatomie pathologiche (*Clinica chirurgica*).

Obs. 128. — Dutoit, 1903.

Femme de 52 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice gangréné dans un sac, de longueur normale.

Symptômes et diagnostic. — Depuis trois jour, étranglement incomplet. Tumeur du volume d'un œuf, dans le canal inguinal. Peau rouge très sensible à la pression.

Hernie inguinale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie. Il s'écoule quelques gouttes du contenu intestinal.

Résultat. — Guérison après suppuration.

Observ. 129. — Wagner, 1904.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Abcès appendiculaire dans le scrotum.

Obs. 130. — Wassilieff, 1904.

Homme.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Lésions d'appendicite.

Appendicocèle crural.

A. — Cas traités par réduction sanglante et cure radicale herniaire.

Obs. 131. — Puchets, 1836.

Femme de 30 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice que l'on sent à travers le sac herniaire.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de quelque temps. Étranglement subit ; la tumeur est presque indolore. Suppression incomplète des selles ; rareté des vomissements.

Étranglement incomplet.

Traitement. — Réduction sanglante, sans ouverture du sac, car on sent l'appendice à travers celui-ci. Il est facilement réduit.

Résultat. — Guérison.

Obs. 132. — Cabaret, 1842.

Femme de 60 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, très serré dans l'anneau, long de 3 pouces, en forme d'une anse grêle très dilatée du volume de 2 pouces, ecchymotique, de couleur rouge-brun.

Pas de sac.

Symptômes et diagnostic. — Depuis trois jours, symptômes d'étranglement incomplet. Échec du taxis. Météorisme, pouls

serré et fréquent. Tumeur sensible, grosse comme un œuf de poule. Vomissements, constipation, facies grippé.

Étranglement herniaire crural.

Traitement. — Réduction sanglante. Rapprochement des bords de la plaie : pansement avec plumasseau de charpie.

Résultat. — Guérison. Reprise du cours des selles. Bandage.

Obs. 133. — Monod, 1878.

Femme de 60 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul dans le sac herniaire.

Symptômes et diagnostic. – Depuis vingt-quatre heures tous les symptômes d'étranglement crural. Hernie crurale étranglée.

Traitement. — Débridement et réduction sanglante.

Résultat. — Guérison.

Obs. 134. — Rapportée par Sauvage, 1894.

Femme de 50 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, peu malade, légèrement congestionné, ne contient pas de corps étranger,

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de neuf ans. Premier accident d'étranglement à cette époque, qui céda à la réduction sous chloroforme ; la réduction fut maintenue par un bandage. Depuis hier, la tumeur sort à nouveau et devient irréductible. Elle est petite, marronnée douloureuse,

non enflammée, sans symptômes fonctionnels ni vomissements, ni météorisme.

Évacuation de quelques gaz.

Épiplocèle étranglée.

Traitement. — Réduction sanglante et cure radicale. Résection du sac et suture de l'anneau.

Résultat. — Guérison.

Obs. 135. — Burgle, 1900.

Femme de 63 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique.—Appendice et anse grêle peu altérée. L'appendice apparaît sain : le tout est dans un sac. On a réduit les organes, et quarante-huit heures après, enlevé l'appendice, étranglé au niveau de l'anneau inguinal profond. Histologiquement, il y a quelques lésions inflammatoires récentes.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant d'un an, petite, devenue douloureuse, dure, mate, irréductible ; constipation extrême avec vomissements, puis arrêt des matières et des gaz. Pouls faible et dépressible.

Hernie crurale adhérente, phénomènes d'étranglement complet.

Traitement. — Réduction sanglante, et cure radicale.

Résultat. — Quarante-huit heures après, persistance de l'étranglement, arrêt des matières et des gaz. Laparotomie. Appendicectomie par l'abdomen.

Mort le surlendemain dans le collapsus par septicémie (7 jours après la première intervention).

Obs. 136.. — Sand B., 1881.

Homme de 67 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice sans aucune adhérence, mesurant presque 1 pouce de longueur.

Symptômes et diagnostic. — Hernie apparue la nuit, à la suite d'un effort fait pour soulever un fardeau. Elle grossit et ne fut jamais bien maintenue ; plus tard elle s'accrut avec accidents généraux.

Étranglement herniaire crural.

Traitement. — Réduction sanglante à la trente-sixième heure facile. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 137. — Swasey, 1881.

Femme de 67 ans.

Anatomie pathologique. — L'appendice est seul, gros comme une plume d'oie, presque cylindrique, très dur, brun-foncé, très recourbé vers lui-même, mais pas adhérent.

Sac contient une sérosité inodore qu'on ne peut évacuer parce que l'appendice recourbé remplit le canal et s'oppose à l'écoulement.

Symptômes et diagnostic.—Hernie datant de sept ans, jamais bien maintenue par un bandage. Depuis trente-six heures, augmentation de volume, et irréductibilité. Douleurs, nausées, pas de vomissements; échec du taxis.

Hernie crurale irréductible, sans symptômes d'étranglement

Traitement. — Réduction sanglante au bout de trente-six heures. Fermeture du sac, suture des tissus au catgut.

Résultat. — Guérison.

Obs. 138. — Colley-Davies.

Homme de 38 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice peu altéré, avec légère extravasation sanguine vers la pointe.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de huit jours, avec phénomènes d'étranglement, après quelques manœuvres de taxis. Depuis trois jours, l'état général s'aggrave, mais les selles restent régulières. Collapsus. Étranglement incomplet.

Traitement. — Réduction sanglante. Le sac est suturé.

Résultat. — Guérison.

Obs. 139. — Gibson, 1901.

Appendicocèle crural gauche.

Cas rapporté dans les *Annales of Surgery*, n° 103, page 155 en juillet 1901.

Obs. 140. — Bayer, 1886.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — L'appendice est étranglé par un sillon très net de 2 centimètres de longueur, mais il reprend son aspect après la levée de l'étranglement.

Symptômes et diagnostic. — Hernie crurale avec douleurs irradiées. Symptômes d'étranglement herniaire.

Traitement. — Réduction sanglante.

Résultat. — Guérison.

Obs. 141. — Jackle (cas n° 1), 1888.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé, étranglé dans le sac ; il est adhérent et recouvert de fausses membranes.

Symptômes et diagnostic. — Symptômes d'étranglement, rougeur de la peau.

Hernie crurale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie partielle. Résection sur une étendue de 4 à 5 centimètres.

Résultat. — Guérison.

Obs. 142. — Jackle (cas n° 2), 1888.

Femme de 37 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé et gangrené ; pus fécaloïde.

Symptômes et diagnostic. — Hernie crurale étranglée, sans vomissements. Peau rouge.

Traitement. — Incision des différents plans adhérents à la peau. Appendicectomie sous une ligature. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 143. — Jackle (cas n° 3); 1888.

Femme de 60 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — La hernie contient l'appendice et de l'intestin grêle. L'appendice paraît enflammé.

Symptômes et diagnostic. — Hernie étranglée depuis quatre jours.

Traitement. — Débridement, et réduction de l'intestin grêle. Appendicectomie.

Résultat. — Mort quarante-huit heures après, de septicémie.

Obs. 144. — Jackle (cas n° 4), 1888.

Femme de 27 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — L'appendice et l'intestin grêle sont tuméfiés. L'appendice est très notablement enflammé.

Le sac contient de l'eau sanguinolente.

Symptômes et diagnostic. — Hernie augmentant de volume depuis dix-huit jours, et enflammée.

Hernie crurale étranglée, irréductible, avec rougeur des téguments.

Traitement. — Réduction de l'intestin grêle. Appendicectomie et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 145. — Brunner, 1893.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé, fortement adhérent au sac, très allongé, mais oblitéré dans sa lumière.

Symptômes et diagnostic. — Symptômes de hernie crurale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie.

Résultat. — Mort par septicémie.

Obs. 146. — Nichet, 1892.

Femme de 72 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, perforé à son extrémité libre, long de 8 centimètres, enflammé.

Sac contenant du pus en assez grande quantité, et une scybale.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de plusieurs années, qui disparut pour revenir après. Tumeur bosselée, longue de 19 centimètres, grosse comme un œuf, douloureuse avec irradiations dans la cuisse correspondante.

Hernie crurale droite enflammée.

Traitement. — Appendicectomie partielle, sous une ligature. Réduction du reste, et cure radicale.

Résultat. — Mort le dix-septième jour.

Obs. 147. — Wulff.

Appendicocèle crural.

Cas rapporté dans le *Deutsche Zeitschrift für Klinische chirurgie*, 1902.

Obs. 148. — Barth, 1902.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice.

Symptômes. — Symptônes d'une hernie étranglée.

Diagnostic. — Étranglement herniaire.

Opération. — Appendicectomie et cure radicale. Guérison.

Obs. 149, 150, 151. Hueter (cas nos 1, 2 et 3) mentionnés par Münch A., W. dans le *Correspondanzblatt für Schweitzer aertze*, n° 8, page 327, en 1902.

Obs. 152. — Czerny, 1880.

Femme de 42 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice avec traces de spha-

cèle, du volume d'un tuyau de pipe, contenu dans un sac renfermant du pus.

Symptômes et diagnostic. — Depuis trois jours, la hernie devient douloureuse, tuméfiée, irréductible. Son volume est celui d'une noix ; elle est molle, mobile, très sensible.

Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux.

Température : 38°.

Étranglement herniaire. Téguments non modifiés dans leur coloration.

Traitement. — Appendicectomie après ablation d'un amas de ganglions. Pas de réduction, drainage. Pansement antiseptique. L'artère fémorale est dénudée sur une longueur de 5 centimètres.

Résultat. — Guérison au bout d'un mois et demi. Première selle seulement au bout de quatre jours.

Obs. 153. — Polosson (cas n° 1), 1890.

Femme de 37 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice long de 6 centimètres, gros comme le petit doigt, turgescent.

A la partie étranglée, en forme de bourrelet rouge, fait suite un cordon pâle, du diamètre d'un porte-plume, c'est la partie saine.

Pas de rétrécissement de la lumière du canal appendiculaire. La portion sus-stricturale était notablement tuméfiée, et d'un rouge vineux.

Le sac contenait du liquide rougeâtre assez abondant.

Symptômes et diagnostic. — Hernie crurale datant de cinq ans ; depuis deux jours, elle est sensible, tendue, volumineuse,

avec coliques et tendance aux vomissements. Le lendemain, une selle, puis plus de gaz, vomissements, facies grippé, pouls petit, arrêt des matières et des gaz ; tumeur marronnée.

Hernie crurale étranglée.

Traitement. — Débridement, puis appendicectomie partielle, après ligature au catgut à 1 centimètre au-dessus du point étranglé.

Réduction, extirpation du sac, suture de la peau.

Résultat. — Guérison.

Obs. 154. — Polosson (cas n° 2), 1893.

Femme de 32 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice rougeâtre, cylindrique, pourvu d'un appendice épiploïque sur un de ses bords.

Pas de sac.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de deux ans ; symptômes d'étranglement.

Hernie crurale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie sous une ligature : cautérisation au thermocautère.

Résultat. — Guérison.

Obs. 155. — Walther, 1894.

Femme âgée de 70 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie-pathologique. — Appendice rouge, violacé, non adhérent au sac, formé de deux cylindres accolés représentant une anse complète. Le cylindre interne est l'appendice, le

cylindre externe, qui lui est accolé dans toute son étendue, est le méso rempli de graisse.

Sac contenant un peu de liquide louche, et un peu d'épiploon noirâtre, adhérent, qui est réséqué.

Symptômes et diagnostic. — Hernie très ancienne, irréductible depuis cinq jours. Constipation violentes douleurs abdominales, mais pas d'occlusion vraie, évacuation de gaz. Pas de vomissements. Météorisme, hoquet, une selle avec lavement.

Tumeur tendue, douloureuse, grosse comme un œuf avec corde épiploïque également douloureuse, au-dessus de l'arcade crurale.

Épiplocèle crurale enflammée, avec péritonite herniaire.

Traitement. — Appendicectomie partielle : fixation du moignon au niveau de l'anneau crural. La plaie est laissée largement ouverte et tamponnée à la gaze iodoformée. Deux points de suture seulement, à chaque extrémité de la plaie cutanée.

Résultat. — Guérison en vingt-cinq jours : pas de granulations.

Obs. 156. — Guinard, 1896.

Femme de 45 ans.

Appendicocèle crual droit.

Anatomie pathologique — Appendice pris d'abord pour une anse intestinale, surtout par son extrémité libre, long de 15 centimètres. Il est étranglé, mais son méso ne l'est pas : les vaisseaux n'étant pas comprimés, pas de sphacèle. L'étranglement se manifeste par deux anneaux sur l'appendice, qui, à leur niveau, est complètement oblitéré. Dilatation au

delà du point étranglé : volume et forme d'une amande. Aucune perforation ni menace de sphacèle. Les parois de cette région dilatée, sont violacées, très congestionnées, mais avec péritoine lisse, sans fausses membranes, ni adhérences. Cette cavité close contient un liquide chocolat: pas d'ulcération de la muqueuse.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de deux ans, d'abord réductible (pas de bandage). Récemment elle est devenue sensible et irréductible.

Pas de symptômes généraux : ni température, ni vomissements, ni météorisme. Une selle la veille : petite tumeur grosse comme une noix, dure, douloureuse, mate. Pas de phénomènes d'obstruction.

Épiplocèle.

Traitement. — Appendicectomie au thermocautère, sous une ligature à la soie.

Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 157. — Quénu (cas n° 1), 1897.

Femme de 30 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, long de 8 centimètres, étranglé, friable, noirâtre, à parois tuméfiées, avec un sillon d'étranglement, sans sphacèle. La lumière paraît obstruée au niveau de l'étranglement, mais est perméable au stylet. Mucus dans la cavité.

Cœcum en situation iliaque, haute, normale.

Sac avec beaucoup de liquide.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de trois mois.

Symptômes d'un étranglement vrai. Douleur et irréductibilité brusques.

Petite tumeur marronnée, ballonnement du ventre, vomissements alimentaires, et bilieux, arrêt complet des matières. Température : 38°3. Facies peu altéré, mais soixante heures d'étranglement.

Épiplocèle étranglé ou pincement latéral.

Traitement. — Appendicectomie à la soixantième heure. Déchirure de l'organe par traction. Ablation après ligature à la soie. On dut, pour se donner du jour, prolonger l'incision en laparotomie latérale. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 158. — Demons, 1898.

Femme de 72 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice long de 7 centimètres avec un commencement de perforation.

Sac ecchymotique, contenant du liquide hémorragique un peu fétide.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de huit mois, du volume d'une noisette, indolore, réduite par un bandage. Depuis quinze jours, douloureuse pendant la défécation, vomissements à deux reprises. Puis elle devient irréductible, grossit, est élastique et douloureuse.

Hernie crurale étranglée.

Traitement. — Débridement du ligament de Gimbernat. Appendicectomie et enfouissement, plus cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 159. — Guillemain, 1899.

Femme de 48 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé près de sa base, adhérent à l'épiploon, au sac, à la graisse préherniaire formant un tout fusionné.

Sac, du volume d'un petit œuf, adhérent aux muscles, formant le plan profond du triangle de Scarpa.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de vingt-quatre ans, du volume d'une noix, indolore. Elle a grossi rapidement l'an dernier, est devenue douloureuse, puis a rétrocédé.

Nouvelle poussée, avec douleur, augmentation de volume, température, suppuration.

Ouverture spontanée, évacuation de 1 litre de pus. Guérison avec deux fistules persistantes simulant des ganglions tuberculeux suppurés.

L'élimination d'un pépin de raisin fit penser à un contenu intestinal.

Traitement. — Section de l'arcade crural pour dégager la tumeur. Appendicectomie avec ablation de la gangue. Surjet à deux étages à la soie fine sur le cæcum.

Cure radicale, suture de l'anneau, drain

Résultat. — Guérison constatée huit mois après.

Obs. 160. — Bérard, 1900.

Femme de 70 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice étranglé en son milieu par l'anneau crural. L'extrémité externe égale le volume du pouce.

Sac péritonéal incomplet.

Symptômes et diagnostic. — Symptômes d'étranglement herniaire : douleurs, vomissements glaireux, bilieux, mais jamais fécaloïdes. L'obstruction ne semble pas avoir été complète, car malgré l'absence de gaz pendant la journée, il y eut une selle à peu près complète.

Hernie crurale avec étranglement incomplet.

Traitement. — Appendicectomie. Enfouissement, drainage par une mèche.

Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 161. — Michaux (cas n° 1), 1900.

Femme de 27 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice renflé à sa pointe ; vascularisé, long de 12 centimètres, contenant un peu de pus, non oblitéré.

Folliculite suppurée.

Sac sous-tendu contenant un peu de sérosité.

Symptômes et diagnostic. — Hernie du volume d'une noix dure, indolore à la pression. Vu la dureté, l'absence d'impulsion, on croit à une adénite inguinale. Puis, météorisme, constipation absolue, vomissements. Alors on diagnostique hernie crurale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie après ligature et encapuchonnement du moignon.

Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 162. — Michaux (cas n° 2). 1900.

Femme de 29 ans.

Appendicocèle inguinal droit.

Anatomie pathologique. — Appendice très long (16 centimètres) étranglé par un sillon net, avec cavité dilatée, sans corps étranger.

Stricture étroite, mais aucune menace de perforation.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de longtemps, très douloureuse, constipation absolue, mais les gaz passent. Pouls petit, accéléré, ventre ballonné, facies grippé.

Épiplocèle étranglée.

Traitement. — Appendicectomie ; le deuxième jour au thermocautère ; encapuchonnement et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 163. — Jeannel, 1901.

Femme de 39 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice enflammé, couvert de fausses membranes, coudé à angle obtus, vers le milieu de sa longueur.

Infiltration sanguine sous les fausses membranes.

Longueur : 8 centimètres ; largeur : 4 millimètres. En bas le méso est fusionné dans une gangue inflammatoire.

Le sac contient du liquide noir.

Symptômes et diagnostic. — La hernie date de trois ans, toujours réductible, maintenue par un bandage. Depuis cinq jours, elle est irréductible, douloureuse ; la tumeur est mate, marronnée. Interruption des matières mais non des gaz. État général excellent.

Épiplocèle crurale étranglée.

Traitement. — Appendicectomie. Péritonisation du moignon, et cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 164. — Mauclaire, 1902.

Femme de 48 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice long de 4 centimètres, étranglé à sa base par un sillon très net. La partie sous-stricturale est dilatée, ampullaire, paraissant divisée en deux, longitudinalement comme si l'appendice était recoubé sur lui-même : ce qui est reconnu faux.

Parois amincies, et de couleur violacée par places. Sang dans la portion dilatée.

Histologiquement, début de gangrène.

Etranglement vrai.

Le sac contient du liquide brunâtre sous tension.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de la veille, nausées sans vomissements, le lendemain, une selle. Tumeur irréductible : pas de météorisme, palpation douloureuse. Son volume est celui d'une noix : elle est dure, sans changement de coloration des téguments. Facies un peu grippé. Pouls : 110; Température : 37°. Pas de vomissements. Le malade avait ressenti parfois une sorte de corde.

Hernie crurale étranglée, malgré l'absence de vomissements, mais à cause de l'irréductibilité.

Traitement. — Appendicectomie après ligature au catgut. Thermocautérisation. Drainage avec une petite mèche de gaze. Sutures, cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 165. — Lévy. 1903.

Femme de 63 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice gros, tuméfié, congestionné, complètement incurvé, avec concavité tournée du côté de l'abdomen. Appendicite herniaire.

Sac contenant un liquide séreux abondant.

Symptômes et diagnostic. — Hernie datant de treize ans, peu gênante. Les jours derniers, à la suite d'une quinte de toux, devient douloureuse, grossit ; taxis sans succès. Son volume est celui d'un œuf, forme régulière. La tumeur est dure, irréductible, très tendue, mate. Pas d'arrêt des gaz, ni des matières, cependant facies grippé.

Étranglement herniaire.

Traitement. — Appendicectomie le deuxième jour. Cure radicale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 166. — Quénu (cas n° 2), 1903.

Femme de 42 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice rouge, congestionné, épaissi, étranglé vers sa partie moyenne, avec sillon d'étranglement, à sa surface.

Le sac contient du liquide.

Symptômes et diagnostic. — Hernie qui, depuis neuf jours est irréductible, douloureuse, brusquement tuméfiée ; sans vomissements ni interruption des matières ni des gaz. Le volume de la tumeur est celui d'un œuf de poule : elle est

bosselée, de forme arrondie, avec fluctuation et matité, irréductible.

Le ventre est un peu tendu, sensible dans la fosse iliaque droite, surtout au-dessus de l'arcade.

Hernie épiploïque étranglée sans entérocèle.

Traitement. — Débridement puis appendicectomie. Cautérisation du moignon et enfouissement. Cure radicale.

Résultat. — Guérison ; cessation des troubles gastriques.

Obs. 167. — Hie J.., 1903.

Femme de 68 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et une anse d'intestin grêle. L'appendice sphacélé est pris par une anse grêle, entièrement gangrenée. L'anse grêle qui l'accompagne présente un sillon sans sphacèle au niveau du ligament de Gimbernat.

Sac verdâtre, contenant un exsudat gelée de groseille.

Clinique. — Hernie datant de deux ans; depuis deux jours présente des symptômes d'étranglement, vomissements fécaloïdes, douleurs intermittentes. Il y avait d'ailleurs de petites crises depuis deux ans.

Diagnostic. — Hernie crurale avec intestin en bon état.

Opération. — Débridement. Réduction de l'intestin grêle. Appendicectomie. Cure radicale. Guérison.

Obs. 168. — Sorel, 1903.

Femme de 50 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice seul, noirâtre,

enflammé, non perforé, à muqueuse rouge, mais grisâtre à l'extrémité renflée.

Sac mince contenant un peu de liquide jaunâtre.

Clinique. — Hernie datant de dix ans, indolore, n'a grossi que depuis deux ans. Depuis huit jours, à la suite de fatigues, augmente de volume, devient douloureuse et irréductible, sans constipation ni troubles digestifs.

Tumeur ovoïde, mate, tendue, avec peau un peu rouge, fluctuante, réductible.

Diagnostic. — Hernie crurale enflammée.

Opération. — Appendicectomie. Cure radicale. Résection du sac et fermeture de l'anneau.

Guérison.

Obs. 169. — Descazals, 1904.

Femme de 55 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice gangréné à son extrémité. Tissu cellulaire œdématié. On pense à une adénite.

Absence de sac ; cependant en incisant la tumeur, un liquide louche est évacué.

Clinique. — Hernie douloureuse depuis huit jours, gêne de la marche et vomissements. Elle est petite, bosselée, non modifiée par la toux.

Opération. — Appendicectomie vers le huitième jour.

Guérison.

Obs. 170. — Barnsby, 1904.

Femme de 45 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et fond du cæcum. L'étranglement porte sur les deux et l'épiploon. L'appendice était complètement gangréné.

Sac.

Clinique. — Hernie datant de quatre ans, douloureuse par moments ; maintenue par un bandage pendant quelque temps. Devient irréductible avec vomissements et augmente de volume.

Diagnostic. — Épiplocèle crurale étranglée.

Opération. — Appendicectomie le cinquième jour et ablation du fond du cæcum et de l'épiploon. Laparotomie pour fermer le cæcum. Incision crurale pour enlever l'appendice et l'épiploon. Drainage.

Cure radicale. Décollement d'un lambeau péritonéal pour fermer la grande cavité péritonéale.

Résultat. — Guérison.

Obs. 171. — Routier, 1901.

Femmme de 77 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice ayant été le siège de plusieurs poussées inflammatoires. Il n'est pas étranglé. Il est fusionné avec le sac dont la paroi antérieure est sphacélée.

Clinique. — Hernie fluctuante, douloureuse, mobile sur les parties profondes avec pédicule sous-crural dur.

Diagnostic. — Hernie crurale suppurée.

Opération. — Appendicectomie. Nettoyage au chlorure de zinc au 1/10. Drainage. Ligature latérale de la veine fémorale intéressée.

Guérison.

Obs. 172. — Bazy.

Cas mentionné à la *Société de chirurgie de Paris*, le 24 novembre 1904.

Obs. 173. — Legueu, 1904.

Femme de 53 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et un peu d'épiploon. L'appendice est nettement étranglé par un sillon qui persiste après la section du ligament de Fallope. Les franges épiploïques, périappendiculaires, étranglées, sont noirâtres sur une hauteur de 3 centimètres. L'appendice, au-dessus de la stricture, ne présente pas de lésion bien qu'il y ait une cavité close. Sac.

Clinique. — Hernie apparue à la suite d'une quinte de toux. Elle est douloureuse, dure, mate, irréductible. Volume d'un œuf de pigeon. Pas d'accidents aigus d'étranglement.

Diagnostic. — Hernie crurale irréductible.

Opération. — Appendicectomie et ablation d'un fragment d'épiploon.

Cure radicale après incision du sac.

Guérison.

Obs. 174. — Rochard.

Femme de 70 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie patholoique. — Appendice seul, long de 10 centimètres, sain au-dessus de l'étranglement. Au-dessous de la stricture il est renflé, noirâtre, ecchymotique, adhérent au sac, étran-

glé à 2 centimètres au-dessus de sa pointe. Sac un peu épaissi avec un diaphragme formant étranglement.

Clinique. —Depuis quatre jours, douleurs dans l'aine et pas de selles depuis trois jours. Pas de vomissements, mais nausées.

Ventre un peu ballonné, douloureux. Irréductibilité.

Diagnostic. — Hernie crurale légèrement étranglée.

Opération. — Appendicectomie et cure radicale.

Guérison.

Obs. 175. — Demoulin, 1904.

Appendicocèle crural.

Anatomie pathologique. — Appendice et sac.

Clinique. — Hernie crurale.

Opération. — Appendicectomie et cure radicale.

Guérison.

Obs. 176. — Schwartz, 1905.

Femme de 52 ans.

Appendicocèle crural droit,

Pointe de hernie à gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice turgescent, noirâtre, long, sans apparence inflammatoire. Méso congestionné. La zone de constriction cesse à 1 centimètre du cæcum. Pas de sphacèle menaçant. Sac fluctuant, noirâtre, contenant du liquide teinté de sang.

Clinique. — Hernie datant de sept ans, réductible, douloureuse par moments. Vomissements. Récemment irréductible sans étranglement.

Douleurs, absence de matières et de gaz. Hoquet, nausées

Diagnostic. — Hernie crurale étranglée.

Opération. — Débridement ; on pince à la fois le méso et l'appendice. Ligature au catgut.

Appendicectomie. Excision au thermocautère. Cure radicale. Drainage. Suture de l'anneau gauche.

Guérison.

Obs. 177. — Michaux (cas nº 3), 1905.

Femme de 29 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum. Appendice turgescent, pris dans une gangue d'adhérences inflammatoires. Aucun sillon net d'étranglement à ce niveau.

Le sac contient un peu de liquide noirâtre, sanguinolent.

Clinique. — Hernie ancienne, peu volumineuse, contenue par un bandage. Il y a deux jours, douleur brusque, augmentation de volume, irréductibilité, nausées, vomissements alimentaires. Hernie douloureuse à la pression, recouverte de téguments un peu enflammés. Constipation, mais persistance de gaz.

Diagnostic. — Épiploïte herniaire.

Opération. — Appendicectomie, enfouissement du moignon sous un repli épiploïque.

Réduction en masse du cæcum et cure radicale.

Suture de l'arcade au pectiné. Drainage.

Guérison.

Obs 178. — Forgue, 1905.

Femme de 46 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice et épiploon chroniquement enflammé ; l'appendice est au milieu de cet épiploon, il y adhère sur toute son étendue par des adhérences lâches de formation récente. Sac doublé de graisse et épaissi, induré.

Clinique. — Hernie datant de l'âge de 14 ans. Volume d'une noix, molle, dépressible, irréductible, mal maintenue, par un bandage, grossit depuis deux ans. Il y a deux mois violente poussée inflammatoire ; volume d'une tête d'enfant, dure, tendue, douloureuse.

Pas de symptômes d'étranglement.

La hernie est dure, rénitente, fluctuante, irréductible avec corde épiploïque.

Diagnostic. — Vieille épiplocèle inguinale droite irréductible

Opération. — Appendicectomie et cure radicale.

Guérison.

Obs. 179. — Beclère, 1906.

Appendice en état d'appendicite larvée.

Hernie avec diarrhée persistante,

Appendicectomie.

Guérison.

Obs. 180. — Colley-Davies.

Femme de 38 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice peu altéré. Sac.

Clinique. — Hernie datant de huit jours. Phénomènes d'étranglement à la suite de quelques manœuvres de taxis.

Depuis trois jours l'état général s'est aggravé, mais les selles restent régulières. Collapsus.

Diagnostic. — Étranglement incomplet.

Opération. — Appendicectomie.

Le sac est suturé. Cure radicale.

Guérison.

Obs. 181. — Barbat. J.-H. (Cas n° 1). 1900.

Femme de 66 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice gros, enflammé avec une large perforation près de son sommet. Une scybale contenue dans un petit abcès circonscrit. Méso, hypertrophié. Adhérence intime de l'appendice, du sac, au niveau de l'anneau, ainsi que son méso.

Le sac contient un liquide séro-sanguinolent, fétide.

Clinique. — Hernie datant de neuf ans, douloureuse par instants. Ces jours ci, crise douloureuse, tumeur de 2 pouces de diamètre, très sensible au palper située directement au-dessus de l'embouchure de la saphène droite.

Diagnostic. — Adénite inguinale suppurée ou épiplocèle crurale étranglée.

Opération. — Appendicectomie. Ablation en masse de l'appendice et de son méso. Les adhérences étaient telles qu'il n'était pas prudent de les libérer. Cautérisation du moignon. Drain.

Guérison.

Obs. 182. — Marwell E.

Appendicocèle crural droit.

Hernie crura le étranglée contenant l'appendice.

Cas rapporté en 1904 dans *American med. association*, t. t I, VII 992.

Obs. 183. — Barbat J. H. (cas n. 2), 1900.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice replié sur lui-même, étranglé au niveau de l'anneau. Sommet sphacélé presque totalement, tandis que le reste est seulement enflammé. Sac contenant quelques gouttes de liquide sanguinolent.

Clinique. — Hernie apparue brusquement, mais existait problablement avant, masquée par l'adiposité. Elle est petite, dure, douloureuse avec irradiations abdominales. Vomissements. Température : 38°3.

Diagnostic. — Hernie crurale étranglée.

Opération. — Débridement de l'anneau pour pouvoir libérer l'extrémité remontée. Appendicectomie. Suture de l'anneau au catgut. Cure radicale.

Obs. 184. — Ammandale, 189.

Appendice perforé dans le sac.

Opération. — Appendicectomfe et cure radicale.

Guérison.

Obs. 185. — Newbolt, 1897.

Sexe (?) âge (?)

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice épaissi et congestionné.

Orifice herniaire très petit, n'aurait pas admis l'orifice du petit doigt. Sac.

Clinique. — Hernie datant de deux ans ; volume d'un œuf de poule. Récemment douleur vive, soudaine dans l'aine. Dureté, sensibilité, irréductibilité. Pas de selles depuis trois jours.

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — Appendicectomie, ablation du sac et cure radicale.

Guérison.

Obs. 186. — Hutchinson, 1899.

Femme de 55 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice inclus dans la paroi sacculaire, long de 8 centimètres, libre en son milieu, adhérent à ses extrémités et incrusté au sac. Diamètre de 1 centimètre. Le long de l'appendice, lobulations pourpres et noires évidemment formées par la graisse recouverte de péritoine.

Sac très épaissi, rigide, contenant du sang pur.

Clinique. — Hernie ancienne maintenue par un bandage. Volume d'uu œuf de poule, tendue, très douloureuse, non impulsive.

Diagnostic. — Hernie crurale avec symptômes légers nets d'étranglements.

Opération. — Appendicectomie partielle ; double ligature à la soie pour serrer le pédicule près de l'anneau fémoral. Tout le sac et son contenu furent excisés après transfixion et ligature de ce dernier à son collet. Six centimètres du tube furent ainsi enlevés.

Cure radicale

Guérison.

Obs. 187.— Hansted H., 1900.

Femme de 33 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice non perforé, noir.

Sac contenant deux onces d'un liquide noir.

Clinique. — Hernie datant de deux jours, consécutive à un effort douloureux,, avec vomissements Pas d'arrêt des matières et des gaz.

État général peu altéré. La hernie a le volume d'une noix.

Irréductibilité, matité.

Diagnostic. — Hernie crurale étranglée.

Opération. — Appendicectomie et cure radicale.

Guérison.

Obs. 188. — Broughton, 1906.

Femme de 63 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice suppuré avec une épingle.

Il est partiellement étranglé, au milieu d'un abcès.

Diagnostic. — Épiplocèle enflammée.

Opération. — Appendicectomie. Les parois de l'organe furent difficilement identifiées au sein d'un abcès volumineux,

Guérison.

Obs. 189. — Kronlein, 1890.

Femme de 60 ans.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum et une anse d'intestin grêle sans trace d'étranglement.

L'appendice est congestionné, infiltré, épaissi, perforé en deux endroits.

Sac rempli d'un liquide fécaloïde.

Clinique. — Hernie avec phénomènes de pseudo-étranglement. Température élevée.

Diagnostic. — Pseudo-étranglement.

Opération. — Appendicectomie. Réduction de l'intestin. Résection du sac. Drainage avec mèche iodoformée et drain.

Guérison.

Obs. 190. — Münch. A.-W., 1900.

Femme de 72 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé dans un sac pris pour la trompe. Extrémité libre, tordue sur elle-même ; remplie de pus, ressemblant à un ovaire. Perforation ayant produit l'abcès.

Longueur totale : 7 centimètres.

Sac difficile à libérer, il se creva en arrière laissant écouler un pus fétide, mais non fécaloïde, et pas de gaz.

Clinique. — Hernie crurale datant de longtemps, douloureuse avec symptômes d'étranglement ces jours derniers.

Diagnostic. — Hernie crurale étranglée.

Opération. — Appendicectomie partielle, on laisse 4 centimètres de l'organe.

Excision des enveloppes du sac. Cure radicale.

La plaie fut refermée.

Guérison.

Obs. 191. — Tschudy. E., 1903.

Femme de 71 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice et une anse d'intestin grêle. L'appendice adhère à l'abcès par son pôle distal.

L'anse grêle est noirâtre avec une plaque de nécrose de 8 centimètres de long.

Sac précédé d'une cavité contenant du pus fécaloïde.

Clinique. — Hernie datant de quatre ans.

Symptômes d'étranglement.

Diagnostic. — Hernie étranglée.

Opération. — Débridement de l'anneau. Nettoyage et fermeture de l'abcès avec une pince. Appendicectomie et entérectomie de l'anse nécrosée. Excision sur une longueur de 13 centimètres. Lavage au sérum. Réduction de l'intestin dans l'abdomen. Ligature et excision du sac. Cure radicale. Suture de l'anneau et de la peau.

Guérison

Observ. 192. — Romm G., 1895.

Femme de 48 ans.

Appendicocèle crural gauche.

Anatomie pathologique. — Appendice gangréné, gros comme le doigt, renfermant une faible sécrétion.

Sac gangréné et difficile à reconnaître.

Clinique. — Hernie datant d'un an ; depuis quatre jours, irréductible, douloureuse, œdématiée, située sous le ligament de Poupart. Météorisme.

État général satisfaisant. Ni vomissements, ni constipation.

Diagnostic. — Hernie crurale enflammée.

Opération. — Incision de l'abcès, pus infect, débridement de l'anneau.

Appendicectomie. Le moignon est fixé dans la plaie. Tamponnement de celle-ci à la gaze iodoformée.

Guérison.

Obs. 193. — Dandois, 1898.

Enfant.

Appendicocèle crural droit.

Anatomie pathologique. — Appendice perforé, coudé, étranglé.

Clinique. — Hernie datant de quelque temps, réductible ; puis apparition de tous les symptômes d'étranglement sauf le vomissement fécaloïde.

Une selle après purgatif.

Diagnostic. — Hernie crurale étranglée.

Opération. — Appendicectomie et cure radicale.

Appendicocèle ombilical.

A). — Cas traités par la réduction sanglante de l'appendice et cure radicale herniaire.

Obs. 194. — Treves, 1881.

Enfant.

Congénitalité.

Anatomie pathologie. — Appendice, cæcum et iléon (2 pouces).

L'intestin hernié est faiblement étranglé.

L'étranglement porte au niveau du collet (bords de l'anneau). Nombreuses adhérences du cæcum et de l'appendice avec le sac.

Clinique. — Tumeur dans le cordon au niveau de son insertion sur l'addomen. Elle a le volume d'un œuf de poule. Suppression des selles, et occlusion intestinale. Vomissements alimentaires.

Diagnostic. — Hernie ombilicale étranglée.

Opération. — Élargissement de l'anneau; ponction de l'intestin avec seringue hypodermique.

Dès lors réduction facile sauf difficultés par suites d'adhérences solide de l'appendice et du cæcum avec le sac.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 195. — Godler.

Sexe?) âge(?)

Anatomie pathologie. — Appendice, cæcum, grêle et fin de l'iléon. Adhérences nombreuses et étendues.

Clinique. — Hernie irréductible du cordon, du volume d'une grosse orange. A été réduite plusieurs fois avec succès.

Actuellement symptômes d'étranglement.

Diagnostic. — Hernie ombilicale étranglée.

Opération. — Incision du sac. Les adhérences étaient telles qu'on crut prudent de réduire sans détacher complètement le sac de l'instestin. Cure radicale.

Mort le lendemain. Pas de péritonite.

Obs. 196. — Quénu, 1884.

Femme de 47 ans.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum, quelques anses d'intestin grêle et de l'épiploon. La séreuse du cæcum est éclatée. L'appendice au-dessous de lui décrit un demi-

cercle parallèle à l'anneau. Il est adhérent à la paroi opposée du sac par une bride que l'on sectionne. Pas d'étranglement.

Clinique. — Hernie ombilicale datant du dernier accouchement. Volume d'une tête d'enfant. Elle est réductible, maintenue par un bandage. Il y trois jours, vives douleurs, vomissements, constipation, arrêt des gaz. Tumeur tendue, bosselée.

Diagnostic. — Étranglement herniaire.

Opération. — Ouverture du sac, résection de l'épiploon, réduction de l'intestin, suture des téguments. Cure radicale.

Mort deux jours après. Appendicite gangréneuse consécutive à la destruction des adhérences nourricières de l'appendice, cependant on n'avait pas manipulé l'organe.

Obs. 197. — Duchamp, 1887.

Nouveau-né.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum, grêle, S iliaque et un diverticule de 2 centimètres de long adhérent au sac par son extrémité.

Clinique. — Hernie ombilicale du volume d'une noix.

Opération. — Réduction du tout ; ligature du diverticule et fixation de la ligature à la peau. Ligature de l'anneau ombilical à la peau. Cure radicale.

Mort de pénitonite aiguë.

Obs. 198. — Delarabrie, 1891.

Nouveau-né.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum et fin du grêle (25 à 30 centimètres). L'intestin présente une coloration rouge vif.

Clinique. — Ouverture énorme de l'abdomen par laquelle sort un paquet intestinal.

Diagnostic. — Hernie ombilicale congénitale.

Opération. — Réduction sanglante sept heures après la naissance. Suture de l'anneau.

Cure radicale.

Guérison.

Obs. 199. — Mac Donald, 1890.

Sexe (?) Age (?).

Anatomie pathologique. — Appendice et cæcum adhérant solidement à l'enveloppe du sac.

Clinique. — Hernie ombilicale volumineuse. Enveloppe si mince que l'on peut voir à travers l'intestin congestionné.

Réduction partielle par le taxis.

Diagnostic. — Hernie ombilicale volumineuse.

Opération. — Réduction sanglante après ouverture du sac. Suture de l'anneau. Cure radicale.

Guérison.

B). — Cas traités par appendicectomie et cure radicale

Obs. 200. — Winiwarther, 1900.

Nouveau-né.

Anatomie pathologique. — Appendice, cæcum, côlon, ascendant (15 centimètres) et grêle (70 centimètres), avec leur mésentère. A quelques centimètres du cæcum l'iléon porte un diverticule de Meckel, adhérent par son extrémité à la base du cordon.

L'appendice est recouvert de quelques adhérences, de plus il est rempli de méconium.

Clinique. — Omphalocèle embryonnaire irréductible, du volume du poing, piriforme avec un pédicule gros comme le pouce. Elle est recouverte par les enveloppes du cordon qui s'insère au sommet de la hernie.

Près de l'ombilic sur une étendue de 1 centimètres le pédicule est recouvert par la peau. On aperçoit par transparence le contenu. Gargouillement. Irréductibilité.

Diagnostic. — Omphalocèle irréductible.

Opération. — Appendicectomie, deux heures après la naissance. Destruction facile de quelques adhérences. Réduction de l'intestin.

Diverticulectomie après ligature et enfouissement.

Débridement de l'anneau. Suture des bords de l'aponévrose et de la peau. Cure radicale. Pansement iodoformé.

Guérison.

Obs. 201. — Jekle, 1905.

Enfant de 5 ans 1/2.

Appendicocèle interne (iléo-cæcale).

Anatomie pathologique. — Appendice légèrement enflammé mais engagé dans une partie limitée par le méso-appendice en avant. Il est étranglé ; incarcération rétrograde.

Pus dans l'abdomen.

Clinique. — Brusquement violentes douleurs abdominales avec vomissements,

Diagnostic. — Étranglement interne.

Opération. — Laparotomie le troisième jour. Pus dans l'abdomen. Appendicectomie. Excision par dégagement de l'appendice.

Guérison.

CONCLUSIONS

L'ensemble des travaux listériens relatifs à la hernie de l'appendice iléo-cæcal, se résume dans l'exposé suivant :

I. — *Étiologiquement* l'appendicocèle est *moins rare* qu'on ne l'a dit, s'observe plus souvent *à droite* qu'à gauche, (10 p. 100 des cas), plus souvent *chez l'homme* (1/3 des cas en plus) que chez la femme, plus souvent dans la *première* puis dans la *cinquième décade* de la vie qu'aux autres âges.

II. — *Pathogéniquement* l'affection est presque toujours *congénitale* (Honselle), et due à une *adhérence* du vermium au testicule ; ou à une *longueur* insolite de l'organe ; ou à une situation congénitalement *trop basse du cæcum ;* ou à un arrêt congénital dans la fosse iliaque gauche du cæcum lors de sa migration fœtale ; d'où l'explication des appendicocèles à gauche.

III. — *Anatomiquement* elle se caractérise par l'absence totale ou partielle du sac (*hernie extrasaccu-*

laire) ou par *l'appendicite concomitante*, soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique ou larvée, avec ou sans corps étranger autochtone ou exogène ; avec ou sans disposition en cavité close.

IV. — *Cliniquement* elle se manifeste seulement à l'heure des complications, alors l'appendicite herniaire se traduit soit : sous la forme *phlegmoneuse* ; soit sous la forme *d'étranglement* complet ou plutôt insidieux, fruste, incomplet ; soit sous la forme *d'irréductibilité* chronique avec poussées douloureuses ; soit sous la forme de cordon *fistulisé* à l'extérieur. Jamais le diagnostic n'a été porté soit avant, soit pendant, soit après les complications. L'existence d'un cordon dans la hernie avec symptômes incomplets d'occlusion est un syndrome de grande probabilité, mais on a vu souvent des appendicocèles purs avec symptômes d'occlusion complète, et inversement des appendicocèles compliqués d'entérocèle étranglée avec symptômes d'occlusion incomplète.

V. — *Le pronostic* est *moins grave* que celui de l'appendicite illiaque classique ou de l'entérocèle étranglée. En effet, tout se passe ici hors du péritoine, et le foyer se cantonne dans la zone herniaire. Cependant l'affection est plus grave que l'entérocèle banale, parce qu'ici les complications sont constantes. Appendicocèle égale appendicite herniaire aiguë, subaiguë ou chronique.

VI. — Le peu de symptômes propres a porté les cliniciens au *diagnostic* de tuberculose génitale, d'adénite suppurée dans les cas d'appendicocèles à type inflammatoire : d'entérocèle étranglée ou d'engoue-

ment ou de pincement latéral, dans les formes à type d'étranglement incomplet ; d'épiploïte dans les formes à type d'irréductibilité avec poussées douloureuses; de tuberculose dans les formes à type fistuleux. L'opération a démontré l'erreur ; il s'agissait de l'appendice enflammé.

VII. — Le mécanisme de tous les accidents ressortit à *l'appendicite herniaire* notion jusqu'ici méconnue, et qui doit être substituée à celle d'étranglement vrai avec ou sans engouement.

VIII. — Le traitement de l'appendicocèle non compliqué doit consister dans l'application d'un *bandage* après réduction manuelle. Comme la hernie est congénitale cette thérapeutique est rationnelle, puisqu'elle favorise la coalescence, l'oblitération du canal vaginopéritonéal.

IX. — L'appendicocèle compliqué d'appendicite chronique, larvée ou d'irréductibilité douloureuse, est justiciable de la méthode de *réduction sanglante* avec cure radicale herniaire, selon les précautions et les procédés listériens. C'est la thérapeutique idéale, qui conserve l'organe chaque fois qu'il est en état de conservation.

X. — L'appendicocèle compliqué d'appendicite aiguë, ou subaiguë ou de fistule, et surtout d'abcès et de sphacèle commande l'*appendicectomie*, méthode de nécessité trop souvent mise en application à cause de la tardivité de l'intervention.

XI. — Le résultat global des interventions par l'une ou l'autre des deux méthodes se chiffre par une *mortalité de* 10 0/0 en moyenne. Cette proportion relative-

ment élevée, tient un peu à des fautes de technique péritonite généralisée à point de départ au niveau du moignon, réduction d'un organe supposé sain qui, quelques heures après, donne lieu à une appendicite mortelle (2 cas) ; mais il est surtout dû à ce fait que les opérateurs ont été appelés à intervenir trop tard.

XII. — Comparée aux travaux de l'École préantiseptique, l'œuvre de l'École Listérienne a consisté, dans l'*acceptation* de la presque totalité des notions déjà établies (fréquence, côté, sexe, congénitalité, absence de sac, longueur du vermium, arrêt d'évolution du cæcum dans sa migration, etc., etc), mais ces notions sont étayées sur un grand nombre de documents permettant des estimations numériques de ces données jusque-là obscures ou imprécises ; dans la *rénovation* complète du mécanisme des accidents (substitution de la théorie de *l'appendicite herniaire* à celle de l'étranglement du vermium avec ou sans engouement), et dans la rénovation totale de la thérapeutique sanglante (substitution de la réduction à ciel ouvert de l'appendice, (méthode de choix) ou de l'appendicectomie (méthode de nécessité), à la méthode de l'abstention sédative ou de l'incision kélotomique pure et simple de l'agent d'étranglement supposé à tort. Grâce à cette première rénovation, et à la « doctrine des germes » le progrès se chiffre par un abaissement de la mortalité de 80 0/0 à 10 0/0.

Telle est la part de l'École Listérienne établie avec autant d'exactitude que possible. Bien des notions acceptées ou rénovées sont susceptibles de discussion.

Nous en avons dit un mot, chemin faisant, mais notre but, répétons-le, a été surtout d'exposer la participation de la chirurgie antiseptique, et nullement de la critiquer, autrement que pour lui rendre hommage, à l'heure où l'ère Listérienne passe à l'histoire, poussée par les progrès plus récents, suivant la marche fatale des choses et l'évolution des idées.

Vu : le Président de la thèse,
P. SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ÉPOQUE LISTÉRIENNE (XIX^{e} siècle, 2^{e} moitié).

§ I. — Appendicocèle inguinal.

A). *Cas traités par réduction sanglante de l'appendice et cure radicale herniaire.*

Italie.

1. Javancelli A. — Cas rapporté in *Annali Universali di Medicina osmondei*, t. LXXV, p. 430, 1836,
2. Stecchi. — Cas rapporté in *Supplem. il Clinico Roma*, 1900.

France.

3. Labade. — Cas rapporté à la *Societé anatomique* de Paris' 1902.
4. Pollet. — Cas rapporté à la *Societé de chirurgie* de Paris, 27 mars, 1872.
5. X... — Cas rapporté par *Cappa*, Des accidents des hernies, *Thèse* de Paris, 1875.
6. Labbé. — Cas rapporté par *Sauvage*, dans sa *Thèse* de Paris, 1885.
7. Broca A. — (Cas n° 1) rapporté par *Duret E.* dans sa *Thèse* de Paris ; 1891, mais observé en 1890.
8. Le Dentu. — (Cas n° 1) rapporté dans ses *Cliniques chirurgicales* de Paris, 1892.

9. Le Dentu. — (Cas n° 2) rapporté dans ses *Cliniques chirurgicales*, Paris, 1892.

10. Lyot. — Cas rapporté par *Clado*, in anatomio et embryologie de l'appendice, *Société de Biologie*, 12 janvier 1892.

11. Brocd A. — (Cas n° 2-23. rapporté par *Renault*, dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en, 1893.

12. Broca A. — (Cas n° 3 — 21) rapporté par *Renault* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1893.

13. Broca A. — (Cas n° 3 — 4) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1893.

14. Broca A. — (Cas n° 5 — 22) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1894.

15. Broca A. — (Cas n° 6 — 20) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1894.

16. Broca A. — (Cas n° 7 — 15) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1895.

17. Broca A. — (Cas n° 8 — 17) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1895.

18. Broca A. — (Cas n° 9 — 20) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1895.

19. Broca A. — (Cas n° 10 — 24) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1895.

20. Broca A. — (Cas n° 11 — 2) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1895.

21. Jaboulay. — (Cas n° 1) rapporté par *Bard* dans sa *Thèse* de Lyon, 1896.

22. Jaboulay. — (Cas n° 2) rapporté par *Bard* dans sa *Thèse* de Lyon, 1896.

23. Broca A. — Cas n° 12 — 13) rapporté par *Petitjean* dans sa *Thèse* de Paris, 1896.

24. Broca A. — (Cas n. 13 — 7) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898 mais observé en 1896.

25. Broca A. — (Cas n.14 — 11) rapporté par *Renaut* dans sa *These* de Paris, 1898, mais observé en 1896.

26. Broca A. — (Cas n. 15 — 12) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1896.

27. Broca A. — (Cas n. 16 — 16) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1896.

28. Broca A. — (Cas n. 17 — 5) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1896.

29. Broca A. — (Cas n. 18 — 3) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1896.
30. Broca A. — (Cas n. 19 — 6) rapporté par *Renaut* dan sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observe en 1897.
31. Broca A. — (Cas n. 20 — 13) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris. 1898, mais observé en 1897.
32. Broca A. — (Cas n. 21 — 24) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898 mais observé en 1897.
33. Broca A. — (Cas n. 22) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris. 1897, mais observé en 1897.
34. Pillon — Cas rapporté à la *Société des sciences médicales* de Nancy, en novembre 1898.
35. Porack. — Cas rapporté par *Petitjean* dans sa *Thèse* de Paris, 1898
36. Dujon. — Cas rapporté dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 1900.
37. Vignard P. — Cas rapporté in *Gazette des hôpitaux*, n° 77, p. 769, 1902.
38. Moty. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie de Paris*, 26 juillet 1905.
39. Porque. — Cas rapporté par *Riche* (coexistence avec un épithélioma de la verge) à la *Société anatomique de Paris*, 1906.

Suisse.

40. Steiger (de Lucerne.) — Cas rapporté in *Correspondenzblatt fiür Schweitzer aertze*, 15 avril 1879.
41. Reverdin G. — Cas rapporté in *Revue médicale de la Suisse Romande*, vol. V, p. 257, avril 1885
42. Geissler. — Appendice trouvé dans une hernie inguinale gauche. Cas rapporté par *Munch A.* Dans la *Helvetia Gynecologia*, p. 196, 1903.

Grande-Bretagne.

43. Dunlop. — Cas rapporté in *The Lancet*. Vol 1, p. 193, 1879.
44. Pick. — Cas rapporté in *The Lancet*, 1880.
45. Bruce Clarke. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie de Londres*, 12 mai 1893

46. Bidwel. — (Cas n. 1) rapporté à la *Clinical Society of London*, 14 mai 1897

47. Bidwell. — (Cas n. 2) rapporté à la *Clinical Society of London*, 14 mai 1897

Amérique.

48. Weir. R. — Cas rapporté par *Swasey Edward* in *Medical Record*, XIX, 706, 1881.

49. Gibson. — Cas rapporté, in *Medical Record*, 1901.

Allemagne.

50. Nussbaum. — Cas rapporté par *Leisrinck*, in Modern radikal operation der unterleibsuch, cure watistische arbeit. *Hamburg et Leipsig*, 1883.

51. Wahl. — Cas rapporté par *Israelsohn*, cité par Segond dans sa *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883.

B). — *Cas traités par appendicectomie et cure radicale herniaire.*

Amérique.

52. Colley-Daires. — (Cas n. 1) rapporté in *Guys Hopital report*, p. 429.

53. Colley-Daires. — (Cas n. 2), in *Guy's Hopital report*, p. 429.

54. Golding. J.-E. — In inflammed appendix in an inguinal hernia simulating strangulation. (Un appendice enflammé dans une hernie inguinale simulant un étranglement.) *Med. Record New-York*, LXVIII, 98, 28 janvier 1905.

55. Jackle. — (Cas n. 1) rapporté in *Dissertation inaugurale* de Marbourg, 1888.

56. Jackle. — (Cas n. 2) rapporté in *Dissertation inaugurale* de Marbourg, 1888.

57. Jackle. — (Cas rapporté in *Dissertation inaugurale* de Marbourg, 1888.

53. Koerte. — Cas rapporté à la *Société de médecine interne* de Berlin, 3 juin 1891.
59. Niche Al. — Cas n. 3) rapporté in *Dissertation inaugurale* de Munich, 1892,
60. Smid, — Cas rapporté in *Munich med. Wochenschrift*, n° 17 juin, t. XXXIX, p. 288, 1892.
61. Bier. — Cas rapporté in *Deutsche medicinische Wochenschrift*. p. 543, 1892.
62. Briéger A. — (Cas n. 1) rapporté in *Archives für Klinische chirugie*, XLV, 4. 1893.
63. Briéger A. — (Cas n° 2) rapporté in *Archives für Klinische chirurgie*, XLV, 4. 1893.
64. X... — Cas provenant de la *Clinique de Breslau*, 1892 et rapporte par *Briéger* en 1893.
65. X... — Cas provenant de la *Clinique de Breslau*, 1892 et rapporte par *Briéger* en 1893.
66. Krause. — Cas rapporté par *Gross. H.* in *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XLVII, 2. 3. 1898.
67. Schwartz. D,— Perforative appendicitis in einer scrotal hernie. (Appendicite perforée dans une hernie scrotale. Cas rapporté in *Zentrablatt für chirurgie*, n. 28, p. 748, 1898.
68. Fraenkel. — Cas rapporté à la *Société médicale dé Nurenberg*, 20 mars 1902.
69. Schœne. — Cas rapporté in Beitrage zür klinische chirurgie, XXXIX, 1903.

France.

70. Jalaguier A. — Cas rapporté du *Congrès français de chirurgie*, 1388.
71. Lebec. — Cas rapporté dans la *Revue de chirurgie*, 1888.
72. Reclus. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 15 juin 1892.
73. Thierry P. — Cas rapporté à la *Société anatomique* de Paris 1892.
74. Delorme. — Cas rapporté par *Alti* dans sa *Thèse* de Paris 1894, mais observé en 1893.
75. Vignard P. — Cas rapporté par *Rivet* dans sa *Thèse* de Paris, 1894, mais observé en 1892.

76. Wallher. — Cas rapporté par *Sauvage* dans sa *Thèse* de Paris, 1894.

77. Bernard. — Cas rapporté à la *Société anatomique* de Paris, 1894.

78. Vautrin. — Cas rapporté par l'auteur, dans les Appendicites anormales, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. t. II. 1828, mais observé en 1894.

79. Levèque. — Cas rapporté par *Bariety* dans sa *Thèse* de Paris, sur l'appendicite herniaire, 1895.

80. Broca A. — (Cas n. 1) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898, mais observé en 1895.

81. Jaboulay. — Cas rapporté par *Bard* dans sa *Thèse* de Lyon, 1896, mais observé en juillet 1895.

82. Guinard A. — (Cas n. 1) rapporté à la *Société anatomique* de Paris, 13 mars 1896.

83. Veslin. — Cas rapporté par *Michaux* à la *Société de chirurgie* de Paris, 23 décembre 1896.

84. Boeckel J. — Cas rapporté dans l'Académie de médecine de Paris, 19 octobre 1897.

85. Broca A. — (Cas n. 2) rapporté par *Renaut* dans sa *Thèse* de Paris, 1898 mais observé en 1897.

86. Blanc A. — Cas rapporté par *Pinatel* dans la *Loire médicale*, p. 324, 1897.

87. Jeannel. — Cas rapporté par *Tailhefer* dans l'*Indépendance médicale*, p. 361, 17 novembre 1897.

88. Lannelongue. — Cas rapporté par *Ombredanne* (obs. 1)) dans les *Archives générales de médecine*, t. II. p. 160, 1898.

89. Michaux. — Cas rapporté par *Ardoin* à la *Société anatomique* de Paris, 27 mai, 1898

90. Reynier. — (Cas n. 1) rapporté par *Segelmann*, dans sa *Thèse* de Paris. 1898.

91. Reynier. — (Cas n. 2) rapporté par *Segelmann* dans sa *Thèse* de Paris. 1898.

92. Reynier. — (Cas n. 3) rapporté par *Segelmann*, dans sa *Thèse* de Paris. 1898.

93. Reynier. — (Cas n. 4) rapporté par *Segelmann*, dans sa *Thèse* de Paris. 1898,

94. Potherat. — Cas rapporté a la *Société de chirurgie* de Paris, le 15 juin 1898.

95. Gangolphe. — Cas rapporté par *Tixier* dans le *Lyon médical* et la *Société des sciences médicales* de *Lyon*, 1899.

96. Dupin. — Cas rapporté dans le *Languedoc médico-chirurgical*, 2, VIII. Toulouse, 1900,

97. Mouchet. — Cas rapporté dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, n. 98, p. 1185, 9 décembre, 1900,

98. Rollet. — Cas rapporté par *Condamin*, à la *Société des sciencs médicales de Lyon*, 30 octobre 1901,

99. Boursier. — Cas rapporté par *Venot* à la *Société d'anatomie et de physiologie* de Bordeaux, 22 avril 1901.

100. Bérard L. — Cas rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 77. p. 770 (obs 3.) et 10 juillet 1902, observé en mai 10,

101. Souligoux. — Cas mentionné à la *Société anatomique* de Paris. 17 janvier, 1902.

102. Esterniè. — Cas rapporté par *Chaput* à la *Société de chirurgie* Paris, 4 mars 1902.

103. Nimier. — Cas mentionné à la *Société de chirurgie* de Paris, 7 mai 1902.

104. Cahier. — Cas mentionné à la *Société de chirurgie* de Paris, 7 mai 1902.

105. Bazy. — Cas rapporté par *Guibal* et *Roland* dans la *Presse medicale*, n. 82, 4 octobre 1903.

106. Terrier. — Cas rapporté par *Gosset A.* dans la *Thèse* d'*Honoré*, Paris, 1903.

107. Baillet. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 23 décembre 1903.

108. Guinard. A. — (Cas n. 2) rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 20 janvier 1904.

109. Guinard. A. — (Cas n. 3) rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 20 janvier 1904.

110. Temoin. — (Cas n. 1) rapporté dans la *Gazette médicale du Centre*, janvier 1904.

111. — (Cas n. 2) rapporté dans le *Journal de médecine, interne*, 15 septembre 1904.

112. Colte. — Cas rapporté dans l'*Écho médical du Nord*, VIII, 512, Lille, 1904.

113. Renaut — Cas rapporté par *Denis* dans sa *Thèse* de Paris, 1904.

114. Dionis du Séjour. — Cas rapporté à la *Société anatomique* de Paris, février 1904.

115. Terrier. — (Cas n. 2) rapporté par *Lecene* dans la *Thèse* de *Jacquemin*, Paris, 1905.

116. Valther. — Cas rapporté par *Jacquemin*, p. 71, dans sa *Thèse* de Paris, 1905.

117. Gaudier. — Cas rapporté à la *Société de médecine du Nord*, 8 mai 1905.

118. Kirmisson. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, le 26 juillet 1905.

119. Sorel R. — Cas rapporté par *Denis* dans sa *Thèse* de Paris, 1904 et dans les *Archives provinciales de chirurgie*, mai 1906.

120. Silhol J. — (Cas n. 1) rapporté dans le *Marseille médical*, 1er juin 1906.

121. Silhol J. — (Cas n ; 2) rapporté dans le *Marseille médical*, 1er juin 1906.

Grande-Bretagne.

122 Hall J. — R. — Perforation of the appendix within a hernial sac, resection of the cœcum and ileo-cœcal junction. (Perforation de l'appendice dans un sac herniaire, résection de cæcum et abouchement iléo-cæcal. Guérison.) — Cas rapporté dans le *Britisch medical Journal*, 28 juin, 1902.

123. Mac Ewen S.-A.-C. — (Cas n. 1.) Herniated of the appendix vermiform probably infantile and, perforated by a pin in the scrotum (Hernie probablement infantile de l'appendice perforé par une aiguille dans le scrotum.) Cas rapporté dans la *Lancet*, 16 juin 1906.

124. Mac Ewen S.-A.-C. — (Cas n. 2.) Hernie de l'appendice rapportée dans la *Lancet*, 1906.

Italie.

125. Cernezzi A. — (Cas n. 1) : Sull' ernia dell' appendice, observatione chiniche ed anatomie pathologische in *Clinica Chirurgica*, 1903.

126. Cernezzi A. — (Cas n. 2) rapporté dans la *Clinica Chirurgica* 1903.

127. Cernezzi A. — (Cas n. 3) rapporté dans la *Clinica Chirurgica* 1903.

Suisse.

128. Dutoit. — Appendix vermifomis in leistenkanal. (Appendice vermiforme dans le canal inguinal. Cas rapporté dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer aertze*, n. 13, p. 407. 1er juillet, 1903. et dans la *Gynecologia Helvetica*. p. 212 1903.

129. Wagner E.-C. — An unique case of. the appendicitis, appendicæcal abcess in scrotum (uncas unique d'appendicite, abcès appendiculaire dans le scrotum.) *Tr. Luzerne soc*. Wilkesbarre, XII, 6. 3, 1904.

Russie

130. Wassilieff. — Ueber appendicitis in inguinal hernüen bei männern *Archives für Klinische chirurgie*, 177, 1904.

§ II. — Appendicocèle crural.

A. — Cas traités par réduction herniaire sanglante de l'appendice et cure radicale herniaire.

Allemagne

131. Puchets. — Cas. rapporté par *Merling* dans sa *Dissertation inaugurale*. Heidelberg, 1836.

France

132. Cabaret. — Cas rapporté dans le *Journal des Sciences medico-chirurgicales*, 1842.

133. Monod. — Cas rapporté par *Sauvage* dans sa *Thèse* de Paris 1894 mais observé en 1878.

134. X... — Cas rapporté sans nom d'auteur par *Sauvage* dans sa *Thèse* de Paris, 1894.

135. Bouglé. — Cas rapporté à la *Société anatomique* de Paris, janvier 1900.

Amérique.

136. Sand-B. — Cas rapporté dans le *Medical Record*, p. 706, 1881.

137. Swasey (E.). — A case of femoral hernia of the appendix. Cas rapporté dans le *Med. Record*. New-York, 1881.

138. Colley Dairbs. — Cas rapporté dans le *Guy's hospital report*, p. 429.

139. Gibson (John.-H.). — Left cæca hernia, with a report of two cases (hernie du cæcum à gauche avec 2 observations). Le cas n° 2 concerne le cæcum et l'appendice; il est rapporté dans les *Annals of surgery*, n° 103, p. 155, juillet 1901.

Autriche.

140. Bayer. — Cas rapporté dans le *Prager medicin. Zeitschrift*, 1886.

B). *Cas traités par appendicectomie et cure radicale herniaire.*

Allemagne.

141. Jackle. — (Cas n. 1) rapporté par l'auteur, in « die erkrankingen des processus vermifomis ni bruchtach. » *Dissertation inaugurale* de Marbourg, 1888.

142. Jackle. — (Cas n. 2) rapporté dans la *Dissertation inaugurale* de l'auteur, Marbourg, 1888.

143. Jackle. — (Cas n. 3) rapporté dans la *Dissertation inaugurale* de l'auteur, Marbourg, 1888.

144. Jackle. — (Cas n. 4) rapporté dans la *Dissertation inaugurale* de l'auteur, Marbourg, 1888.

145. Brünner. — Cas rapporté par *Briéger A.* dans le *Deustche für Klinische chirurgie*, XLV, 4, 1893, mais observé en 1889.

146. Niche. A. — Cas rapporté in *Dissertation inaugurale*, de l'auteur Munich, 1892.

147. Wulff. — Strangulater wurmforsatze in einer hernia cruralis, cas rapporté dans le *Deustche médicinische Wochenschrift*, n. XXVII, p. 76, 1901.

148. Barth. — Cas rapporté dans le *Deustche Zeitschrift für Klinische chirurgie*, B d LXIII laft 1 et 2, 1902.

149. Hueter. — (Cas n. 1) mentionné par *Münch A.-W.* dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer aertze*, n. 8, p. 327 1902.

150. Hueter. — (Cas n. 2) mentionné par *Münch A.-W.* dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer aertze*, n. 8, p. 327, 1902.

151. Hueter. — (Cas n. 3) mentionné par *Münch A.-W.* dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer aertze*, n. 8, p. 327, 1902.

Autriche

152 Czerny. — Cas opéré par *Braun* et rapporté par *Morse* dans le *Wiener medicinische wochenschrift*, n. 15, 1882, mais observé en 1880.

France

153 Polosson (M.). — (Cas n. 1) rapporté dans le *Lyon médical*, 21 mai 1893, mais observé en 1890.

154. Polosson (M.). — (Cas n. 2) rapporté dans le *Lyon médical*, 21 mai 1893, observé en 1893.

155. Walther. — Cas rapporté par *Sauvage* dans sa *Thèse* de Paris, 1894.

156. Guinard (A.). — Cas rapporté par *Routier* à la *Société de chirurgie* de Paris, 25 novembre 1896.

157. Quénu (E.). — Cas rapporté par *Hepp* à la *Société anatomique* de Paris, 26 novembre 1897.

158. Demons. — Cas rapporté par *Bouillet* dans sa *Thèse* de Bordeaux, 1898.

159. Guillemain. — Cas rapporté par *Osty* dans sa *Thèse* de Paris, 1900, mais observé en 1899.

160. Bérard. — Cas rapporté par *Carraz* à la *Société des sciences médicales* de Lyon, 27 juin 1900.

161. Michaux. — (Cas n. 1) rapporté par *X Bender* à la *Société anatomique* de Paris, 27 juillet, 1900.

162. Michaux. — (Cas n. 2) rapporté par *Naquet* dans sa *Thèse* de Paris, 1900.

163. Jeannel. — Cas rapporté par *Tailhefer* au 14e *Congrès français de chirurgie*, 25 octobre 1901.

164. Mauclaire L. — Cas rapporté par *Damblin* à la *Société anatomique* de Paris, 25 juillet 1902.

165. Lévy. — Cas rapporté dans les *Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1903.

166. Quénu. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 15 juillet 1903.

167. Hie J. — Cas rapporté par *Jacquemin* dans sa *Thèse* de Paris 1905, mais observé en 1903.

168. Sorel. R. — Cas rapporté obs. I, par *Denis*, dans sa *Thèse* de Paris 1905, mais observé en 1903.

169. Descazals. — Cas rapporté dans le *Limousin medical*, juillet 1904.

170. Barnsby. — Cas rapporté par *Picqué*, à la *Société de chirurgie* de Paris 1906, mais observé en août, 1904.

171. Routier. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 24 novembre 1904.

172. Bazy. — Cas mentionné à la *Société de chirurgie* de Paris, 24 novembre 1904.

173. Leguen F. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 24 décembre 1904.

174. Rochard. — Cas rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, 14 décembre 1904.

175. Demoulin. — Cas mentionné à la *Société de chirurgie* de Paris, 14 décembre 1904.

176. Schwartz. — Cas rapporté par *Ricard* à la *Société anatomique* de Paris, 27 janvier 1905.

177. Michaux. — (Cas n. 3) rapporté par *Jacquemin* dans sa *Thèse* de Paris, 1905.

178. Forgue. — Cas rapporté par *Riche* à la *Société anatomique* de Paris, avril 1906, mais observé en 1905.

179. Beclerc. — Cas rapporté par la *Société de chirurgie* de Paris, 10 janvier 1906.

Amérique

180. Colley Daires. — Cas rapporté in *Guy's hospital reporl.* p. 429.

181. Barbat (J-H). — (Cas nº 1) rapporté au *Journal of américan méd. association*, 1900.

182. Marwel (E). — Strangulated femoral hernia containing the vermiform appendix. *American med. association*, LI,VII, 992, 1904.

183. Barbat (J-H.) — (Cas n. 2) rapporté dans le *Journal of the american med. association*, 1904.

Grande-Bretagne

184. Annandale. — Hernie fémorale, appendice perforé dans le sac, excision du sac et de l'appendice. Cas rapporté dans la *Lancet*, 30 mars, 1889.

185. Newbolt. — Cas rapporté dans le *Britisch medical Journal*, t. I, 27 mars, 1897.

186. Hutchinson. — Cas rapporté dans le *Britisch medical Journal*. t. II, 1899.

87. Hansted. H. — Cas rapporté dans le *Britisch medical Journal*, 1900.

188. Broughton. — Foucoral hernia, herniated appendix and suppurative appendicitis, cas rapporté par *Stenelson* dans la *Lancet*, p. 1679, 16 juin, 1906.

Suisse

189. Kronlein. — Cas rapporté dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer aertze*, 1893.

190. Münch. A W. — Ein fall von appendicitis perforation in einem schenkelbruch. (Un cas d'appendicite perforante dans une hernie crurale.) Cas rapporté dans le *Correspondenzblatt fur Schweitzer aertze*, n. 8, p. 237, 1902, et dans la *Gynecologia Helvetica*, p. 196, 1903.

191. Tschudy. E. — Perityphlitis ün bruchsücke. mit gleichzeitiger incarcération einer darmschlinge (Appendicite herniaire avec étranglement concomitant d'une anse intestinale.) Cas rapporté dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer aertze*, n° 15, p. 514, 1903, et dans le *Gynecologia Helvetica*, p. 231, 1904.

Russie

192. Romm. G. — Cas rapporté dans le *Deutzche Zeitschrift für chirurgie* XLI, 1013, 1895.

193. Dandois. — Cas rapporté au 4e Congrès de la *Société belge de chirurgie*, Tenu à Gand, 18 au 20 juin 1898.

§ III. — Appendiocèle ombilical.

A). *Cas traités par la réduction sanglante de l'appendice et cure radicale herniaire.*

Grande-Bretagne

194 Treves. — Cas rapporté dans la *Lancet*.

195. Godler. — Cas rapporté dans le *Médical Times*, t. I. p. 640

France

196. Quénu. — Cas rapporté par Temoin dans les *Archives générales de médecine*, 1884.

197. Duchamp. — Cas de rupture d'exomphale rapporté dans la *Loire médicale*, 15 novembre 1887.

198. Delarabrie. — Cas d'exomphale rapporté à la *Société de chirurgie* de Paris, p. 450, 1891.

Amérique

199. Mac Donald. — Cas rapporté dans les *Annals d'Obstetrics and discases of women.*

B). *Cas traités par appendicectomie et cure radicale herniaire.*

Belgique

200. Winiwarther. — Cas rapporté par *Hallet.* A., in *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*,p. 518, 1900.

§ : Appendicocèle rétrocæcal.

Cas traité par appendicectomie.

Autriche

201. Jekle. — Ein fall non retrograder innerer incarceration der appendix. (Un cas d'étranglement retrograde de l'appendice dans la fossette rétrocœcale.) Cas rapporté dans les *Archives für Klinische chirurgie*, 1029, 1905.

Travail d'ensemble sur les faits listériens.

Allemagne

Briéger A. — Des hernies de l'appendice. *Archives für Klinische chirurgie*, XLV, 4, 1893.

Impr. des Facultés. A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris